

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Roberto de Araújo Raposo

**Análise da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no
município do Rio de Janeiro, 2000-2017**

Rio de Janeiro

2020

Roberto de Araújo Raposo

**Análise da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no
município do Rio de Janeiro, 2000-2017**

Dissertação de mestrado apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Política, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade

Rio de Janeiro

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R219a Raposo, Roberto de Araújo.
 Análise da mortalidade prematura por doenças crônicas não
 transmissíveis no município do Rio de Janeiro, 2000-2017 / Roberto de
 Araújo Raposo. -- 2020.
 108 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

 Orientadora: Carla Lourenço Tavares de Andrade.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
 Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

 1. Doença Crônica. 2. Doenças não Transmissíveis. 3. Mortalidade
 Prematura. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família.
 6. Equidade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.044098153

Roberto de Araújo Raposo

**Análise da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no
município do Rio de Janeiro, 2000-2017**

Dissertação de mestrado apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Política, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Aprovada em: 26 de março de 2020.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Betina Durovni
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Margareth Portela
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Profa. Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2020

Aos meus pais, esposa, filhos e toda a minha família que sempre me incentivaram a seguir em busca de conhecimentos e, com carinho, compreenderam as eventuais ausências e ansiedades durante a realização deste curso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me fortaleceu e me fez acreditar que seria possível concluir esta etapa.

À minha esposa, Kátia e aos meus filhos, Vanessa, Débora e Gabriel, alicerces que dão sustento à minha vida.

Aos meus pais, Sebastião (*in memoriam*) e Sélia, que fizeram todo o possível para me proporcionar boas condições de estudo, e aos meus irmãos, Célia, Márcia e Renato, pelo carinho e atenção dedicados sempre que precisei.

À minha orientadora, Carla Lourenço Tavares de Andrade, pela exemplar dedicação, por estar sempre presente e pela tranquilidade ao me ajudar a superar minhas tantas limitações e indicar a melhor direção que o trabalho deveria seguir.

Aos professores participantes da banca examinadora, que ajudaram a tornar real esse momento tão importante para mim: Profa. Dra. Betina Durovni e Profa. Dra. Margareth Portela.

Ao grande amigo e minha referência em gestão em saúde pública, Daniel Soranz, pela oportunidade, incentivo e gentileza com que contribui para a minha formação profissional.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à querida Patrícia Canto, grande incentivadora do meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Aos meus queridos amigos da turma do mestrado, com os quais também tanto aprendi e pude compartilhar momentos e sentimentos.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação.

A todos que de alguma forma contribuíram para a concretude dessa dissertação.

Deixo um agradecimento muito especial a todos!

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Freire, 2002, p. 53.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam a maior carga de mortalidade em todo o mundo, sendo os principais grupos de causa de morte prematura: as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes, especialmente nos países mais pobres. No Brasil e no município do Rio de Janeiro (MRJ) foram observadas tendências de redução das taxas de mortalidade prematura (MP), mas estas não se apresentam homogêneas, sendo identificados resultados menos promissores nas áreas de baixo desenvolvimento econômico e social. O MRJ passou por um processo de reforma administrativa, de modelo de atenção priorizando a expansão das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Diante disso, o objetivo deste trabalho foi analisar a MP, estimar as principais causas e descrever a sua relação com as variáveis Índice de Desenvolvimento Social, sexo, raça/cor e cobertura da ESF no MRJ, de 2000 a 2017. Foi utilizado modelo de regressão linear de Prais-Winsten e as taxas de incremento foram estimadas com intervalos de confiança de 95,0%. A população total foi estratificada por áreas de planejamento, regiões administrativas e bairros. Nos níveis municipal e das áreas de planejamento, a análise de série temporal das taxas de MP foi realizada para ambos os sexos e em separado para homens e mulheres. Nos outros níveis foram apenas calculadas as taxas para ambos os sexos. A partir do ano 2000, a mortalidade proporcional por grupos de causas apresentou relativa estabilização, marcando a forte prevalência das doenças do aparelho circulatório, neoplasias e menor peso dos óbitos por causas externas e doenças infecciosas e parasitárias, que em conjunto representam, aproximadamente 60,0% do total de óbitos na cidade. Houve grande redução na taxa de mortalidade prematura, que, no entanto, apresentou-se desigual, com resultados piores nas regiões mais pobres. Observou-se também maior participação percentual das neoplasias nas áreas com melhores condições socioeconômicas e prevalência das doenças cardiovasculares nas mais pobres. Depreende-se que a maior efetividade se encontra na atuação sobre os fatores de risco modificáveis, preferencialmente na estratégia saúde da família e a partir de relações intersetoriais para a promoção de ganhos reais e equitativos em saúde, aqui incluída a redução da mortalidade prematura. O conhecimento então produzido, poderá auxiliar profissionais e gestores na identificação dos pontos mais sensíveis para o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços e, especialmente, para a redução da mortalidade prematura na cidade do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Doença Crônica. Doenças não Transmissíveis. Mortalidade Prematura. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Equidade.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (CNCD) have the highest mortality burden worldwide, being the main groups of cause of premature death: cardiovascular diseases, neoplasms, chronic respiratory diseases and diabetes, especially in the poorest countries. In Brazil and in the Municipality of Rio de Janeiro (MRJ) it was observed a trend of reduction of premature mortality rates (MP), but these are not homogeneous, with less promising results being identified in the areas of low economic and social development. MRJ went through an administrative reform process, with the care model prioritizing the expansion of the Family Health Strategy (ESF) teams. Therefore, the objective of this work was to analyze the MP, estimate its main causes and describe its relationship with the variables Social Development Index, sex, race/color and ESF coverage in MRJ, from 2000 to 2017. The model of Prais-Winsten linear regression was used, and the increment rates were estimated with 95.0% confidence intervals. The total population was stratified by planning areas, administrative regions and neighborhoods. At the municipal and planning levels, the time series analysis of MP rates was performed for both sexes and separately for men and women. At other levels, only rates for both sexes were calculated. After the year 2000, the proportional mortality by groups of causes showed relative stabilization, marking the strong prevalence of diseases of the circulatory system, neoplasms and lower weight of deaths from external causes and infectious and parasitic diseases, which together represent approximately 60,0% of the deaths in the city. There was a major reduction in the rate of premature mortality, which, however, was uneven, with worse results in the poorest regions. A higher percentage of neoplasms was also observed in areas with better socioeconomic conditions, while there was a prevalence of cardiovascular diseases in poorer regions. It appears that acting on modifiable risk factors is more effective, preferably in the family health strategy and from intersectoral relationships for promoting real and equitable health gain, including the reduction of premature mortality. The knowledge produced in this research may assist professionals and managers in identifying the most sensitive points for improving the quality of services and, especially, for reducing premature mortality in the city of Rio de Janeiro.

Keywords: Chronic Disease. Noncommunicable Diseases. Premature Mortality. Primary Health Care. Family Health Strategy. Equity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Cobertura ESF no município do Rio de Janeiro por AP competência 12/2017.	51
Tabela 2	Razão 20/20 (quartil I/ quartil IV) dos AVPP/1.000 hab. por grupos de causas, Santiago, Chile, (94-96 / 99-01).	57
Tabela 3	Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, nas unidades da federação brasileiras, 2000 e 2017.	62
Tabela 4	Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, nas 10 maiores capitais brasileiras, 2000 e 2015.	65
Tabela 5	Taxa de MP por AP do MRJ, 2000 a 2017.	74
Tabela 6	População e crescimento populacional (em %) por área de planejamento e no município do Rio de Janeiro na faixa etária de 30 a 69 anos, e por todas as idades no município do Rio de Janeiro, 2000-2017.	76
Tabela 7	Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, município do Rio de Janeiro, 2000-2017.	77
Tabela 8	Mortalidade prematura masculina, 30 a 69 anos, município do Rio de Janeiro, 2000-2017.	78
Tabela 9	Mortalidade prematura feminina, 30 a 69 anos, município do Rio de Janeiro, 2000-2017.	80
Tabela 10	Mortalidade prematura proporcional (%) por grupo de causas de óbito, ambos os sexos, 30 a 69 anos, nos anos 2000 e 2017, no MRJ e AP.	83
Tabela 11	Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, 2000 a 2017, por Região Administrativa do município do Rio de Janeiro.	84
Tabela 12	Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, 2000 a 2017, por bairros do município do Rio de Janeiro.	86
Tabela 13	Resultados da regressão linear múltipla tendo como variável dependente a taxa de mortalidade prematura por área programática. Município do Rio de Janeiro, 2017.	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diretriz 5. Objetivos, Metas e Indicadores 2014-2015.	18
Quadro 2	Características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.	38
Quadro 3	Relação entre os bairros e as regiões administrativas que compõem as áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro.	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura operacional das redes de atenção à saúde	37
Figura 2	Distribuição das equipes da ESF por percentual de cobertura, Brasil, 2018	46
Figura 3	Mapa do município do Rio de Janeiro por áreas de planejamento e divisão dos Bairros	48
Figura 4	Mapa do município do Rio de Janeiro dividido em Regiões Administrativas.	49
Figura 5	Modelo de Atenção às Condições Crônicas	53
Figura 6	Evolução da Mortalidade Proporcional (%) segundo causas, Brasil – 1930 a 2003	60
Figura 7	Número de óbitos no Brasil, por residência em 2000 e 2016 em pessoas de 30 a 69 anos de idade	63
Figura 8	Evolução da Mortalidade Proporcional (%) segundo causas, MRJ – 2000 a 2017	73
Figura 9	Evolução das taxas de mortalidade prematura no MRJ e AP 2.1, 5.1 e 5.2, entre os anos de 2000 e 2017	78
Figura 10	Evolução das taxas de mortalidade prematura masculina no MRJ e AP 2.1, 5.2 e 5.3, entre os anos de 2000 e 2017	79
Figura 11	Evolução das taxas de mortalidade prematura feminina no MRJ e AP 2.1, 5.1 e 5.3, entre os anos de 2000 e 2017	81
Figura 12	Evolução das taxas de mortalidade prematura nas RA (Botafogo e Pavuna) e nos bairros (Tijuca e Guaratiba), entre os anos de 2000 e 2017	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Percentual dos gastos públicos nas despesas totais em saúde versus Percentual das despesas públicas em saúde em relação às despesas públicas totais, 2016	27
Gráfico 2	Número de municípios por faixa de cobertura pelas equipes da ESF, Brasil set.2016	45
Gráfico 3	Tendência anual de incrementos nas taxas de MP para o sexo masculino nas AP e município do Rio de Janeiro, 2000-2017	82
Gráfico 4	Tendência anual de incrementos nas taxas de MP para sexo feminino, nas AP e município do Rio de Janeiro, 2000-2017	82

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP	Área de Planejamento
APC	Annual Percentage Changes - Percentual de Incremento Anual
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVPP	Anos de Vida Potencialmente Perdidos
CAP	Coordenadoria de Área de Planejamento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF88	Constituição Federal de 1988
CIB-RJ	Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DATASUS	Departamento Nacional de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DST	Doença Sexualmente Transmissível
eAB	Equipe de Atenção Básica
ELSA	Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ERJ	Estado do Rio De Janeiro
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVS	Expectativa de Vida Saudável
GBD	Global Borden of Disease - Carga Global de Doenças
GP	General Practitioner - Clínica Geralista
HIV	Human Immunodeficiency Virus - Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICSAP	Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
IPP	Instituto Pereira Passos
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MP	Mortalidade Prematura
MRJ	Município do Rio de Janeiro

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QOF	Quality and Outcomes Framework - Quadro de Resultados e Qualidade
RA	Região Administrativa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Rede Temática
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMS RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SNTO	Sistema Nacional de Transplante de Órgãos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSRJ	Superintendência de Vigilância em Saúde do Município do Rio de Janeiro
TABNET	Tabulador de Dados na Internet
UF	Unidades da Federação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	PRINCIPAIS MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	20
2.2	O CONCEITO DE SAÚDE	21
2.3	TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	24
2.4	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	26
2.5	EQUIDADE OU IGUALDADE?	30
2.5.1	O princípio da equidade e o SUS	32
2.5.2	As desigualdades sociais em saúde	33
2.6	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	35
2.7	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ...	39
2.7.1	A Atenção Primária à Saúde	39
2.7.2	A Estratégia Saúde da Família	42
2.7.3	A Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro	48
2.8	O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	52
2.9	A MORTALIDADE PREMATURA	54
2.9.1	A mortalidade prematura no Brasil	60
3	OBJETIVO	67
3.1	OBJETIVO GERAL	67
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	67
4	MATERIAL E MÉTODOS	68
4.1	TIPO DE ESTUDO	68
4.2	FONTES DE INFORMAÇÃO	68
4.3	MÉTODO DE CÁLCULO	69
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	70
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	72
5	RESULTADOS	73
6	DISCUSSÃO	88
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
8	CONCLUSÕES	100
9	RECOMENDAÇÕES	101
	REFERÊNCIAS	103

1 INTRODUÇÃO

Durante a abertura do Congresso Português de Endocrinologia, em 2015, Francisco George, à época diretor-geral da Saúde de Portugal, afirmou que a mortalidade prematura (MP) era problema ignorado no país. Segundo ele, do total de óbitos que ocorriam no país, 25,0% acometiam a população com menos de 70 anos, entre as principais causas, destacando-se a alimentação inadequada, o tabagismo e a hipertensão arterial, sendo esta última responsável por 17,0% da MP no país.

Se a constatação de Francisco George desperta entre os portugueses a necessidade de se empenhar esforços para conter a MP em seu país, no Brasil acende um alerta, um sinal de advertência, acerca do pouco conhecimento por parte dos profissionais e técnicos de saúde, inclusive gestores, sobre as causas, o perfil, a tendência e a própria definição de MP, que por vezes pode ser confundida com mortalidade infantil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardíacas, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, são a principal causa de mortalidade no mundo. Informa, ainda, que 48,0% das mortes nos países de baixa e média renda em 2015 e 46,0%, em 2016, ocorreram antes dos 70 anos de idade (WHO, 2020a), sendo consideradas mortes prematuras.

A Mortalidade Prematura (MP) é uma séria preocupação para a saúde pública (ONYEKA et al, 2015) que, no Brasil, foi definida como os óbitos causados pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) ocorridos na faixa etária compreendida dos 30 aos 69 anos (BRASIL, 2018b).

Ao se aprofundar em seu significado, delimitando os óbitos em pessoas com menos de 70 anos, em especial por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), foi possível observar, que em algumas regiões do município do Rio de Janeiro (MRJ) o padrão observado assemelhava-se àquele ressaltado pelo diretor de Saúde português, ao passo que em outras regiões da cidade os percentuais de óbitos prematuros apresentavam-se cerca de três vezes maiores.

A cidade do Rio de Janeiro tem mantido níveis elevados de óbitos prematuros quando comparados com a média nacional e de outras capitais brasileiras. O caráter multifatorial e a magnitude de cada um dos fatores de risco da MP, torna necessária a identificação das principais causas e dos seus fatores de risco para a proposição de estratégias capazes de interferir propositiva e positivamente na sua redução.

O cenário epidemiológico brasileiro passou por uma grande transformação durante o século passado. No início dos anos 1900, as doenças infecciosas eram as principais responsáveis pelas mortes em capitais brasileiras, quando comparadas com as doenças cardiovasculares. Nos anos 2000, observa-se a completa inversão dessa relação (BARBOSA, 2003; BRASIL, 2005).

Observa-se, então, durante o século XX, uma transição demográfica fortemente influenciada pelo aumento da expectativa de vida e redução da taxa de fecundidade. Há uma mudança no perfil epidemiológico, aumentando substantivamente a importância relativa das DCNT na carga total de óbitos no país.

A transição epidemiológica leva o país a sustentar uma tripla carga de doenças, como consequência de uma situação de saúde resultante do acúmulo de: doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2010a), doenças relacionadas a causas externas (CAMPOS et al., 2015) e doenças crônicas e degenerativas intimamente ligadas ao envelhecimento populacional, sendo as DCNT (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) responsáveis por aproximadamente 70,0% das mortes em todo o mundo e constituem as principais causas de morbimortalidade no Brasil (MALTA et al., 2017).

As condições crônicas evoluem lentamente e são multicausais e, diversamente das condições agudas, que apresentam trajetórias de curta duração e tendência a serem autolimitantes, apresentam períodos de duração superiores a três meses e, em alguns casos, podem se manifestar de forma definitiva na vida das pessoas. As condições crônicas englobam as condições relacionadas à maternidade e ao perinatal; os distúrbios mentais de longa duração; as deficiências físicas; as doenças infecciosas persistentes e as doenças crônicas não transmissíveis (doenças metabólicas, doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias crônicas) (MENDES, 2012).

As doenças do aparelho circulatório (DAC) e as neoplasias, que em 1940 representavam, respectivamente, 14,5% e 3,9% do total de óbitos, em 1986 passam a representar 33,5% e 11,9% (ARAUJO, 2012). Quando examinada em sua totalidade, as DCNT têm representação muito mais expressiva no total de óbitos, tendo aumentado mais de três vezes desde 1930, alcançando 72,0% em 2007 no Brasil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT respondem por 63,0% de todos os óbitos do mundo, tornando-as um dos principais problemas de saúde mundiais, especialmente nos países de baixa renda (ALVES; MORAES NETO, 2015; PARANÁ, 2017).

No Brasil, em 2003, as doenças cardiovasculares e as neoplasias, somavam 46,0% dos óbitos por causas conhecidas (MALTA et al, 2006), e respondiam por 59,0% dos anos de vida

perdidos por morte prematura (SCHRAMM et al., 2004). Em 2009, responderam por 72,4% de todos os óbitos, após as correções (DUNCAN et al., 2012).

No Brasil, as DCNT vêm afetando muito mais significativamente os mais pobres, menos instruídos e mais vulneráveis, aumentando a iniquidade em saúde na sociedade brasileira (MALTA et al., 2017).

O impacto socioeconômico das doenças crônicas é crescente, sendo considerado um problema para a saúde pública mundial. Além das mortes prematuras, as DCNT são responsáveis por incapacidade laboral, redução das rendas familiares e redução da produtividade (SIQUEIRA et al., 2017).

A compreensão das características da MP e seus padrões de prevalência vem ganhando centralidade nas discussões e nas proposições das políticas de saúde em todo o mundo, sendo adotada como meta para a Saúde, para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU).

Apesar de presente nas grandes agendas nacionais e internacionais – o plano global de enfrentamento das DCNT, adotou uma meta geral de redução relativa para cada país de 25,0% a ser alcançada até 2025. No Brasil foi definida meta de redução 2,0% ao ano, até o ano de 2022 (BRASIL, 2011a), que foi incluída no rol dos Indicadores SISPACTO-2012/2015 – a atenção dispensada para a MP competia com outras prioridades resultantes do intrincado panorama epidemiológico, como a mortalidade materna, a mortalidade infantil, a sífilis congênita, o abandono ao tratamento da tuberculose, as epidemias por arboviroses, a ameaça de retorno de doenças já eliminadas ou controladas devido à redução da cobertura vacinal etc., sendo portanto negligenciada.

Compreender como a MP se comporta nas diferentes áreas da cidade e identificar as suas principais causas no município do Rio de Janeiro foram os fatores motivacionais para a realização do presente estudo, sendo também de fundamental importância para o monitoramento e avaliação do impacto das políticas públicas implementadas e para a proposição de estratégias e abordagens diversas visando o ganho de qualidade e anos de vida.

O aumento do percentual de óbitos por DCNT levou a OMS aprovar, em 2000, uma Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis com ênfase nos países em desenvolvimento (WHO, 2000). No Brasil, são propostas políticas públicas centradas na promoção da saúde, prevenção e redução de agravos. Em 2004, foram definidos os indicadores para monitoramento dos fatores de risco para as DCNT (ALVES, 2014).

O plano para redução da mortalidade foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 2011. Em 2013, a OMS aprovou o Plano Global de Ação para a Prevenção e Controle das DCNT

(ALVES; MORAES NETO, 2015), com objetivo de reduzir a taxa de MP em 2,0% ao ano até 2022.

Na Resolução da CIT Nº 5, de 19 de junho de 2013, e no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, a redução da MP encontra-se contemplada na Diretriz 5, como observado no Quadro 1, sendo também definida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para a pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para os anos de 2014-2015.

Quadro 1. Diretriz 5. Objetivos, Metas e Indicadores 2014-2015.

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.			
<u>Objetivo 5.1</u> - Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas, mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.			
N	Tipo	Meta	Indicador
30	U	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	<u>Para município/região com menos de 100 mil habitantes:</u> Número de óbitos prematuros (< 70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). <u>Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF:</u> Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Fonte: Brasil, 2014.

É importante esclarecer que, apesar da existência de um indicador padronizado pela OMS que define a MP, os estudos realizados não necessariamente seguem esse padrão, sendo escasso os que qualificam a MP como é definida no plano brasileiro, o que prejudica comparações mais significativas da realidade brasileira com as de outros países. Como também são limitados os estudos que referem, especificamente, aos grupos definidos para o acompanhamento da taxa de MP no Brasil: doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus. Sendo, ainda, mais incomum encontrar pesquisas que relacione o comportamento da MP com a expansão/qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) ou da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Sendo assim, justifica-se estudar a MP no contexto do município do Rio de Janeiro a fim de aprimorar a compreensão sobre o seu perfil na cidade, permitir o melhor entendimento sobre as suas principais causas, e auxiliar no monitoramento e avaliação da efetividade das ações voltadas para a redução da mortalidade prematura no MRJ.

Pretende-se, dessa forma, produzir conhecimento que venha fornecer subsídio a profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), de modo a problematizar sobre a necessidade de adoção de um plano de enfrentamento das DCNT efetivo que leve em consideração os diferentes perfis sociodemográficos e assistenciais da cidade, contribuindo para o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços e, especialmente, para a melhoria da saúde da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PRINCIPAIS MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A humanidade sempre foi profundamente assolada pela existência de enfermidades e, ao longo de sua história, buscou elaborar modelos explicativos para o surgimento das doenças. A proposição de um modelo levava em consideração os diferentes padrões culturais, históricos, o conhecimento acumulado e o paradigma hegemônico de ciência vigente que, de maneira geral, permite distinguir três principais modelos explicativos (SCLIAR, 2009).

Modelo Mágico-Religioso: Encontrar o caminho para cura, neste modelo, se dá a partir da intervenção de um líder religioso (sacerdote, xamã, pajé, pastor), pois a enfermidade é tida como resultado da ação pecaminosa do indivíduo ou de espíritos malignos que causam doenças no corpo ou na mente dos homens (DE MARCO, 2006).

Modelo Biomédico: A medida que os conhecimentos nas áreas da biologia e medicina avançam, as explicações fundamentadas no modelo mágico-religioso vão sendo contestadas e substituídas por aquelas ancoradas no referencial teórico-instrumental das biociências. Neste modelo, o responsável pela cura não é mais o sacerdote, pois ao explicar o adoecimento com o foco em processos físicos, químicos e biológicos, o médico se torna a figura central, aquele que detém o saber necessário para as intervenções sobre as doenças que afetam as pessoas no curso de suas vidas (DE MARCO, 2006). No entanto, mesmo diante dos irrefutáveis avanços científicos e da atual sofisticação tecnológica, o modelo biomédico não é capaz de dar respostas satisfatórias a muitas situações que interferem, em maior ou menor grau, no processo saúde-adoecimento das pessoas e comunidades (BARROS, 2002).

Modelo Biopsicossocial: É o modelo que, ao incorporar dimensões subjetivas e sociais à dimensão física, propicia uma visão mais abrangente do indivíduo (DE MARCO, 2006) e investiga como o status socioeconômico, a cultura e as relações sociais podem interferir em sua saúde. O adoecimento, então, é visto como resultado desta relação entre os fatores orgânicos, interpessoais e ambientais (FAVA; SONINO, 2008).

Desta forma, para uma maior efetividade na oferta do cuidado, é preciso que a formação e a atuação na prática da atenção à saúde propiciem, além das habilidades técnico-instrumentais-assistencialistas, a deferência aos múltiplos significados e individualidades da dimensão psicossocial, permitindo a construção de uma postura que estabelece vínculo e comunicação efetiva (DE MARCO, 2006). A incorporação das subjetividades na propedêutica

médica propicia uma interação colaborativa com o paciente e com a comunidade, potencializando a identificação de outras causas que levam ao adoecimento, além daquelas delimitadas pelos processos físicos, químicos e biológicos, ampliando as possibilidades de intervenção efetiva sobre o processo de adoecimento.

2.2 O CONCEITO DE SAÚDE

A importância da compreensão do conceito de saúde utilizado é relevante, pois a complexidade das relações estabelecidas e os níveis de organização de vida demarcam a necessidade de organização da rede de serviços. Quanto mais amplo o universo da definição de saúde, maior será o campo de atuação e maior será a imprescindibilidade de investimentos e disponibilização de recursos adequados para o desempenho efetivo dos serviços de saúde na produção de qualidade de vida das populações.

Em paralelo à evolução da humanidade e dos modelos explicativos, o conceito de saúde também se modifica com o acúmulo de conhecimento ao longo do tempo. O desenvolvimento histórico das relações sociais e culturais e do modo de vida humano é dependente de interações que se conseguem estabelecer e manter. Desta forma, a enfermidade deixa de se referir a um processo punitivo de uma divindade, ou apenas a um estado biológico vivido pelos sujeitos individuais, para estabelecer um intrincada relação com os fatores determinantes e os condicionantes do processo saúde-adoecimento que afetam os membros do coletivo social, como trabalho, renda, educação, desigualdade, violência, mobilidade urbana, incorporação tecnológica, forma de organização da APS etc. (CONILL et al, 2018).

Melo e Teixeira (2011) fazem grande contribuição acerca do acúmulo de conhecimento colaborativo em estruturas reticulares ao defenderem que a natureza social humana é construída a partir do seu nascimento e que cada pessoa, ao se comunicar com outras, estabelece um processo de relações reticulares conforme as necessidades e os interesses dos envolvidos.

O processo de produção de conhecimento compartilhado em uma sociedade ocorre através de ações colaborativas que resultam da interação dos diferentes lugares de saber das histórias individuais dos homens ligados pelo convívio social. Nessa mesma linha de entendimento, observa-se um deslocamento da concepção de saúde centrada apenas em causas isoladas para um conceito que incorpore outros fatores e circunstâncias vivenciadas pelos sujeitos e pelas coletividades ao longo da história.

Em 1946, a OMS divulga o conceito de saúde adotado pela agência em sua carta de princípios, o qual se aproxima da aspiração nascida nos movimentos sociais do pós-guerra e reconhece a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, onde diz que a “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (WHO, 1946).

A extensão do conceito adotado foi alvo de muitas críticas, pois o completo bem-estar seria inatingível, o que por sua vez seria capaz de legitimar abusos por parte do Estado que, ao tentar realizar algo irrealizável sob o pretexto de produzir saúde, poderia intervir na vida e na autonomia dos cidadãos (SCLIAR, 2007).

O conceito adotado pela OMS também foi, e ainda é, criticado por se referir apenas ao indivíduo e não à coletividade e pela sua visão dicotômica e estática da saúde sem considerar os níveis aceitáveis de variações de normalidade, correndo-se o risco da medicalização de âmbitos de vida e existência considerados naturais (BATISTELLA, 2007).

Não obstante as críticas feitas ao conceito descrito pela OMS, é possível observar a preocupação com outras áreas de atuação para a saúde pública, denominada campo da saúde, definindo o processo saúde-doença pelo seu caráter multidimensional, incorporando os aspectos físico, mental e social.

Como resultado das críticas, em 1977, Christopher Boorse propõe uma classificação objetiva relacionada apenas ao adequado comportamento das funções biológicas: saúde é ausência de doença (SCLIAR, 2007), concepção que se configura com uma teoria negativa da saúde, pela qual sua existência está condicionada a não existência de doenças.

O grande marco na evolução do conceito de saúde foi a Conferência de Alma-Ata em 1978, ainda que mantendo o caráter idealizado e intangível da saúde:

A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (WHO, 1978, Item I).

O relatório da conferência também enfatizou a desigualdade desproporcional na situação de saúde entre os países; atribuiu responsabilidade ao Estado para a sua consecução através de políticas intersetoriais; destacou importância da participação comunitária no planejamento das políticas e implementação dos cuidados em saúde e deu destaque especial para os cuidados primários, a promoção e a proteção da saúde dos povos como fundamental para a manutenção do desenvolvimento econômico, social e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade (WHO, 1978). Além disso, as ações em saúde deveriam

ser exequíveis, de ordem prática, acessíveis para as comunidades, a custos compatíveis com a situação econômica do país e aceitáveis pela sociedade (SCLIAR, 2007).

No Brasil, considerada um marco por ser a primeira conferência nacional de saúde que permitiu a participação de usuários, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, defende um conceito mais amplo de saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.12).

Mesmo que o conceito não contemple a totalidade de determinantes que afetam as condições de saúde dos indivíduos e dos povos, amplia-o e o aproxima ainda mais da complexidade que a constitui (STEDILE et al., 2015).

O conceito de saúde no texto da Constituição Federal de 1988 (CF88), influenciado pela reforma sanitária e pela 8ª CNS, espelha o movimento pela redemocratização do país e ampliação dos direitos sociais: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

A concepção de saúde sancionada na CF88 é positiva e afirma a existência da saúde como um estado produzido socialmente, relacionado ao bem-estar e qualidade de vida, numa perspectiva dinâmica e social, e que o seu alcance precisa ser garantido por meio de políticas públicas intersetoriais que atuem sobre os Determinantes Sociais de Saúde.

Nesse sentido, o processo saúde-doença que venha se expressar como qualidade de vida da população dependerá do acesso a serviços de saúde de qualidade, da criação de ambientes saudáveis, da participação comunitária, de comportamentos individuais e coletivos visando a melhoria das condições físicas, psicossociais e das condições de existência.

Saúde, assim, passa a ser compreendida como um processo inerente da reprodução da vida (BATISTELLA, 2007) e como ela se manifesta no contexto histórico, social e cultural. Portanto, sua manutenção decorre das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais, econômicos e sociais de uma comunidade.

O conceito ampliado de saúde incorpora às dimensões biológica e individual, a base socioeconômica e os determinantes sociais da saúde, para a produção do conhecimento necessário à formulação da estrutura teórica e prática para a qualificação da produção do cuidado (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Sem desconsiderar a importância histórica de outros conceitos de saúde instituídos, o conceito ampliado propõe uma forma mais inovadora, complexa e adequada de definir saúde, superando os modelos causais clássicos centralizados no indivíduo, na cura, nos métodos diagnósticos e terapêuticos apenas.

No Brasil, o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais estão contemplados na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990.

O conceito ampliado de saúde permite o seu maior entendimento, mas não necessariamente sua apropriação. Apesar do marco legal e da evolução conceitual, a centralidade da atenção ainda é hegemonicamente orientada para as condições agudas ou agudização das condições crônicas, negligenciando os momentos iniciais ou de remissão das condições crônicas, em que se poderia atuar mais.

Nesse cenário, a opção pela atenção hospitalar para o cuidado das condições agudas e o imenso abismo socioeconômico da sociedade brasileira, que relega à maioria da população condições improváveis de vida e subsistência, torna ainda mais precária a oferta de cuidados, em especial para a população em situação de vulnerabilidade.

2.3 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, nos anos nascentes do SUS, as DCNT já tinham se tornado as principais causas de morte em todas as regiões do país, no entanto, constatava-se que a redução na morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) era desigual entre os estados e as regiões. Prata (1992, p. 172) concluiu que, à época, “o Brasil se encontraria, portanto, em pleno estágio intermediário de transição epidemiológica”, encontrando-se alguns estados em processo quase completo, e outros, em fase intermediária e inicial.

O Brasil, no período compreendido entre os anos 1990 e 2010, experimentou diversas mudanças que o levou a ganhar maior destaque no cenário internacional, chegando a ocupar, em 2011, a sexta posição entre as maiores economias do mundo (BBC NEWS, 2011). A retomada do crescimento econômico, na vigência da CF88, possibilitou o investimento em políticas públicas e políticas de distribuição de renda de forma descentralizada, em locais do Brasil esquecidos por décadas, reduzindo as desigualdades territoriais e almejando materializar o conceito de justiça social.

No SUS, foram introduzidos programas de atenção à saúde e ações estruturantes, como o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, inseridos em uma proposta de reorientação das

práticas profissionais nesse nível de assistência. A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, passa a ser definida como Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendida como prioritária para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e ordenamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o propósito de assegurar abordagem integral às necessidades de cuidado para toda a população brasileira, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade (MALTA et al., 2016).

Mesmo ante as sinuosidades do caminho, no curso desses seus 30 anos, o SUS foi responsável por importantes melhorias nos indicadores de saúde de forma global no país e pela redução das desigualdades regionais em saúde. Atualmente, há uma maior uniformidade no perfil sanitário do país (SOUZA et al., 2018).

No curso dos anos, foi possível observar os efeitos da transição demográfica e epidemiológica na população brasileira. Menos sensível a doenças de causalidade infecciosa e parasitária, a expectativa de vida do brasileiro aumentou. “Entre 1990 e 2015, a expectativa de vida ao nascimento no Brasil aumentou 6,5 anos, de 67,9 para 74,4 e a expectativa de vida saudável (EVS) aumentou 5,4 anos, de 59,4 para 64,8” (SOUZA et al., 2018, pág.1739), o que indica melhoria importante nesses dois indicadores, comumente utilizados para avaliar a qualidade de vida e o envelhecimento bem-sucedido das populações.

Apesar da preponderância das DCNT, a transição epidemiológica conduz o país a um cenário que ostenta uma tripla carga de doenças pelo acúmulo de: a) doenças infecciosas e parasitárias como verminoses, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre outras, típicas de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2010a), particularmente acometendo as famílias mais carentes das regiões mais pobres das grandes cidades e das zonas rurais; b) doenças correlacionadas com causas externas, como acidentes de trânsito, homicídios, quedas, queimaduras, agressões, lesões autoprovocadas, com forte impacto na qualidade de vida da população (CAMPOS et al., 2015); e c) doenças crônicas e degenerativas que estão diretamente relacionadas ao aumento da expectativa de vida da população, sendo que o grupo das DCNT (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes mellitus) constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e é responsável por cerca de 70,0% das mortes em todo o mundo. Desses óbitos, 42,0% ocorrem em indivíduos com menos de 70 anos de idade, caracterizando a morte prematura (MALTA et al., 2017).

Portanto, o cenário epidemiológico brasileiro passou por uma grande transformação durante o século passado, e atualmente apresenta características bem complexas. Até o início dos anos 1900, quando comparadas com as doenças cardiovasculares, as doenças infecciosas eram responsáveis por quase o quádruplo das mortes em capitais brasileiras. Já no início dos

anos 2000, observa-se a completa inversão dessa relação, respondendo as doenças cardiovasculares por cerca de seis vezes mais óbitos que as doenças infecciosas (BARBOSA, 2003; BRASIL, 2005). A clara compreensão desta transformação é fundamental para a adequada organização dos serviços de saúde.

Evidências apontam que a intervenção sobre os principais fatores de risco das DCNT (tabagismo, sedentarismo, uso abusivo do álcool e hábitos alimentares não saudáveis) possibilitaria a redução do número de mortes em todo o mundo (MALTA et al., 2017).

Quando os fatores organizacionais internos não conseguem acompanhar o ritmo das mudanças que ocorrem com os fatores externos, especialmente as mudanças demográficas e epidemiológicas, os sistemas de atenção à saúde não são capazes de oferecer as soluções necessárias aos problemas de saúde da população. Em decorrência dessa discrepância, hegemonicamente ainda se dispõe de um sistema que confere maior centralidade para atenção às condições agudas ou agudização das condições crônicas em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde, da prevenção das doenças e agravos que poderiam conter o risco de evolução do processo de adoecimento.

Destaca-se então, no Brasil, a importância da construção de redes regionalizadas para melhor organização e maior integração do sistema de saúde como estratégias fundamentais para a consolidação dos princípios basilares do SUS (BRASIL, 2010).

2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alicerçado em 1988 pela Constituição Federal, o SUS foi regulamentado pelas leis orgânicas da Saúde, nº 8080/90 e 8142/90, consolidando uma conquista da população brasileira, após anos de debate e luta por um sistema capaz de enfrentar a desigualdade de assistência e promover justiça social em saúde no Brasil.

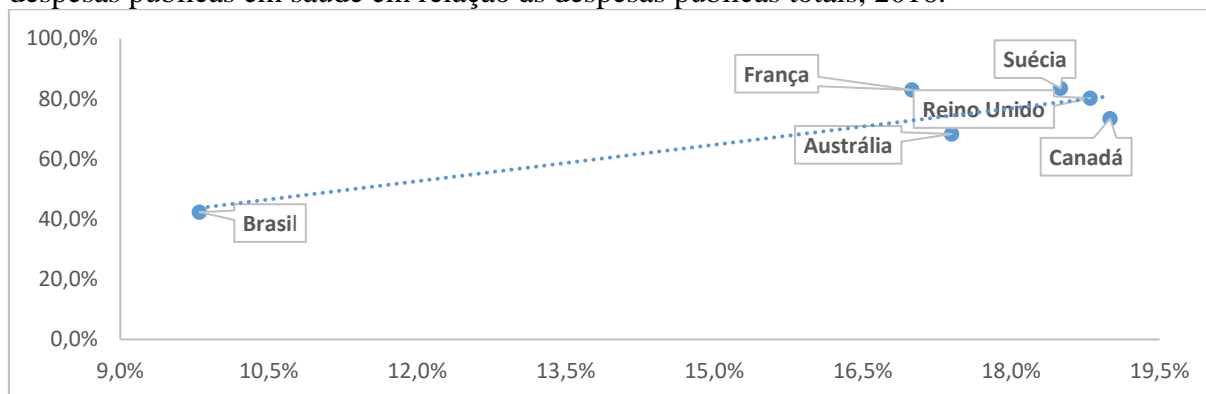
O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes a contar com um sistema de saúde universal, público e gratuito (BRASIL, 2011b). Segundo o relatório *World Population Perspectives: 2019 Review* (WHO, 2019a), o Brasil em 2018 contava com 209.469.320 habitantes, ao passo que outros países que também possuem sistemas de saúde predominantemente público universal bastante estudados por especialistas em saúde, como o Reino Unido, a França, o Canadá, a Austrália e a Suécia, totalizavam no seu conjunto 204.076.531 habitantes.

Essa equivalência quantitativa entre a população do Brasil e a soma da população dos cinco outros países relacionados permite vislumbrar a complexidade da organização do SUS, pois o Brasil, além de ser o sexto país mais populoso do mundo, apresenta grande heterogeneidade social e dimensão territorial continental. Acrescente a essa complexidade, o padrão de gastos públicos em saúde apresentado pelo Brasil em comparação com os demais países.

Pode-se observar no Gráfico 1 que o orçamento brasileiro aplicado no setor saúde fica muito aquém dos dedicados nos outros países nas duas variáveis analisadas: o percentual dos gastos públicos nas despesas totais em saúde e o percentual das despesas públicas em saúde em relação às despesas públicas totais. Em 2016, o setor público brasileiro foi responsável por 42,3% do total dos gastos em saúde. Os outros países comprometeram entre 68,3% (Austrália) e 83,5% (Suécia) (WHO, 2019b).

O mesmo comportamento se observa em relação ao percentual das despesas públicas em saúde em relação às despesas públicas totais. No Brasil, o índice foi de 9,8%, enquanto os demais países gastam de 17,0% (França) a 19,0% (Canadá) do orçamento do governo no setor saúde (WHO, 2019b).

Gráfico 1. Percentual dos gastos públicos nas despesas totais em saúde *versus* Percentual das despesas públicas em saúde em relação às despesas públicas totais, 2016.



Fonte: Global Health Expenditure Database WHO, 2019b.

O financiamento público é um fator de central relevância nas análises de efetividade e eficiência dos sistemas de saúde no mundo, não obstante, que fatores macroeconômicos, políticos, sociais e culturais (BEZERRA; SORPRESO, 2016) também venham a influenciar na sua qualidade e no seu desempenho. Os gastos com saúde não podem mais ser considerados como custo, mas sim como investimentos que ajudam na redução da pobreza, na geração de empregos, na melhoria da produtividade em todos os setores. A ampliação dos gastos públicos em saúde no Brasil é etapa fundamental para a garantia do acesso universal em saúde, para o

crescimento econômico e para a constituição de uma sociedade saudável, segura e justa (FIGUEIREDO et al., 2018).

Embora, inicialmente idealizado na CF88 como um sistema único, público, universal, integral e mantido por meio de financiamento estatal através de impostos, como no Reino Unido, Suécia e Canadá, em sua conformação o SUS foi organizado de maneira segmentada com o subsistema público competindo com os subsistema privado (FARIAS; MELAMED, 2003), o que leva a fragmentação do sistema de saúde e o torna globalmente ineficiente.

Sistemas de saúde segmentados, como o brasileiro, com um componente privado destinado à população não pobre e um componente público, tendem a ter esse último subfinanciado devido à dificuldade de seus principais usuários, os mais pobres, organizarem-se em defesa dos seus interesses nas grandes arenas políticas (MENDES, 2014).

É inegável que avanços importantes nos indicadores de saúde do Brasil puderam ser observados após a criação do SUS. Ainda assim, o Brasil apresenta grande desigualdade em saúde entre os diferentes grupos populacionais. Essas desigualdades, quando consideradas injustas, desnecessárias e evitáveis, refletem as iniquidades entre os estratos sociais e econômicos da população, configurando-se em iniquidades em saúde (BRASIL, 2008).

A segmentação do sistema de saúde amplia as iniquidades em saúde já existentes; pois, mesmo sendo acessível apenas para o extrato não pobre, os sistemas privados são cofinanciados por toda a população (CARVALHO, 2013) através da renúncia fiscal das empresas e pessoas físicas que abatem parcela dos gastos em saúde do imposto de renda. O SUS serve, desta forma, como resseguro para a rede suplementar em suas lacunas de assistência (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013), como no fornecimento de medicamentos e prestação de serviços de alto custo, não garantidos nos planos privados de saúde.

Apesar das concretas limitações assinaladas, o SUS, enquanto sistema construído socialmente, não se restringe a ser um mero organizador do conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde no âmbito nacional, mas se constitui na maior política de inclusão social do povo brasileiro (MENDES, 2013). Tem como preceito garantir à população acesso universal e igualitário a ações e serviços oportunos, adequados, de qualidade e humanizados e prover melhores condições para uma vida mais longa, saudável e melhor (BRASIL, 2009).

A extensão territorial continental do Brasil e a diversidade cultural, social e econômica da população são elementos que conferem ao SUS uma complexidade ímpar, considerando seus mais de 200 milhões de usuários, destes mais de 70,0% dependem exclusivamente do SUS (WHO, 2019b), que fazem uso da rede de atenção à saúde em todos os níveis, desde as ações de vigilância sanitária e promoção de saúde até o tratamento de neoplasias e transplantes.

O SUS conta com programas que são referências internacionais como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos (SNTO) que apresenta a maior produção de transplantes de órgãos realizados por sistemas públicos no mundo. Em números absolutos, o SNTO fica atrás apenas do Estados Unidos, onde a maioria dos pacientes paga pelos transplantes, diretamente ou através dos planos de saúde (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2010).

O SUS, para sua melhor efetividade e adequação às necessidades da população, conta com instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, e os Conselhos de Saúde, órgão permanente e deliberativo em cada instância de governo, que atua na proposição de estratégias, no controle da execução, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros da política de saúde correspondente (BRASIL, 1990a).

A participação concreta da população em defesa de seus interesses na arena política, na formulação e no controle das políticas de saúde simboliza um dos marcos do processo de redemocratização do país, sendo também fundamental para a implementação e a consolidação do SUS. A pluralidade da representação nas instâncias colegiadas permitiu avançar o debate e a proposição de políticas de saúde na direção de áreas temáticas então negligenciadas, como saúde da mulher e da criança, do idoso e do adolescente, do índio e do negro, do meio ambiente e da pessoa com deficiência, visando a maior equidade na oferta dos serviços.

A sociedade interagindo com as instâncias de governo por meio de seus representantes, permite a democratização das deliberações e o estabelecimento de prioridades que efetivamente atendam à demanda e às necessidades identificadas pela própria comunidade.

O SUS, enquanto proposta, descontinua a organização do sistema de saúde fundamentado na lógica da cura, da dor ou do problema, na intervenção sobre os processos fisiológicos e patológicos apenas, e materializa uma concepção ampliada que dá maior centralidade à vigilância, à promoção da saúde, à prevenção dos agravos e ao processo de determinação social, onde a saúde passa a se relacionar com qualidade de vida. Dessa compreensão, depreende-se que os indicadores de saúde devem ser sensíveis e tomados para medir o nível de desenvolvimento do país e bem-estar da sua população, como categoricamente afirmado no art. 3º da lei 8080/90, “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 2000).

O reconhecimento de que as desigualdades sociais em saúde são injustas e se reproduzem nos níveis de saúde dos indivíduos exige estabelecer um processo de

hierarquização de ações sobre os fatores de determinação de natureza social, econômica e política cujos efeitos são determinantes na saúde da população mais pobre, com objetivo de reduzir as iniquidades em saúde. Nessa construção, que reconhece a complexidade da reprodução da vida como um produto socialmente produzido e relacionado com qualidade de vida, dá fundamento à necessidade de adoção de políticas intersetoriais sobre os DSS (BRASIL, 1988).

2.5 EQUIDADE OU IGUALDADE?

A Igualdade ganha importância fundamental como princípio balizador de uma sociedade democrática com o advento da Revolução Francesa em 1789, que a trazia como lema juntamente com os princípios da Liberdade e da Fraternidade, mas ainda refletia a marca da burguesia que liderou o levante, na qual não se colocou em causa a democracia ou a igualdade econômica (VOVELLE, 1987).

As sociedades são formadas por indivíduos desiguais, diversos, diferentes. Marx critica o uso do direito igual, da igualdade na forma da lei para todos que perpetua desigualdades injustificáveis, sendo necessário tratar os desiguais conforme suas desigualdades para promover a igualdade substantiva (AMARAL, 2010).

Um exemplo representativo que possibilita uma adequada compreensão de como a igualdade formal promove a ampliação da iniquidade na sociedade pode ser evidenciado quando a escola ignora as desigualdades socioeconômicas e culturais existentes entre os alunos na sua prática pedagógica, permitindo maiores vantagens àqueles já anteriormente mais favorecidos (BOURDIEU, 2007).

Em outras palavras, considerando que há uma enorme desigualdade de ordem social, econômica e cultural entre os estratos que formam uma sociedade, ao tratar os educandos indiferentes às suas origens, às suas histórias de vida e aos seus sentimentos diversos, como iguais em direitos e deveres, o sistema educacional, além de fazer perdurar, amplifica o caráter já iníquo desta sociedade.

Marx julgando injusta a incontestável desigualdade econômica, social e material nas sociedades capitalistas, deixa como legado uma concepção de igualdade, “de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo suas necessidades”, que tem como objetivo a igualdade em sua essência, a vida em plenitude, a justiça social e a erradicação da desigualdade (AZEVEDO, 2013). Marx também propõe uma ruptura total com o capitalismo, para a

efetivação da igualdade absoluta, influenciado pelo pensamento político e jurídico durante o século XX (MACHADO; SPAREMBERGER, 2014).

O SUS definiu os alicerces necessários para a construção de um sistema de saúde melhor para o país, tendo como premissa primordial a saúde como um direito de cidadania e fundamentando-se em três princípios gerais: a) acesso universal aos serviços de saúde; b) igualdade no acesso à assistência à saúde; e c) integralidade do atendimento em saúde (GRAGNOLATI LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

A abrangência da igualdade no acesso à assistência à saúde corteja com o conceito de equidade, a partir do reconhecimento da necessidade de se adequar a abordagem implementada de acordo com as desigualdades entre as pessoas e os grupos sociais, sejam elas de ordem natural ou político-econômicas. A igualdade e os demais princípios buscam materializar o direito à saúde para todas as pessoas, em todas as suas necessidades e em todos os momentos de suas vidas, englobando um conjunto complexo de ações integradas que vão desde a promoção até a reabilitação, da atenção básica até a atenção especializada.

A partir dos anos 1990, o termo equidade começou a ser empregado de forma substitutiva, ou mesmo equivalente, a igualdade. Vários autores passaram a utilizar o termo referindo-se à ideia de igualdade, independentemente de seus diferentes posicionamentos políticos e ideológicos (BRASIL, 1990b; RAWLS, 2000).

De outro lado, passou-se a considerar a igualdade como uma concepção oposta ao conceito de diferença, em vez de desigualdade, o que impunha obstáculos ao debate em torno da diversidade natural presente entre as pessoas, como se pode observar nas palavras de Miranda (2009), a seguir:

A sociedade que se firma no princípio formal da igualdade é, por excelência, uma sociedade caracterizada pelas desigualdades sociais que ela promove. O princípio presumido da igualdade é, portanto, muito caro às formas de organização econômica, social e política da sociedade capitalista, pelo menos enquanto princípio formal, ou seja, aquele que é estabelecido por todo o seu aparato legal (MIRANDA, 2009. p. 29).

O termo equidade assume, assim, um papel mais significativo que vem a se contrapor à definição de igualdade subsidiada pelo pensamento ideológico liberal da sociedade capitalista. A equidade, nesse contexto, passa a ser entendida como um conceito evolutivo da igualdade, assumindo a conotação da igualdade de oportunidades. Não obstante ainda se encontrar alinhada a uma racionalidade liberal em sua vertente igualitária, normativa, centrada na divisão social e moral do trabalho, indiferente às diferenças. Razão que define como justa uma sociedade que garanta a todos os cidadãos direitos básicos iguais e uma fração limitada de

recursos destinados às necessidades sociais dos socialmente menos favorecidos (PINZANI, 2012).

Ao longo dos anos, começa-se a se atribuir ao Estado, ao menos no discurso, a responsabilidade de reduzir as desigualdades sociais existentes. O Estado que, paradoxalmente, foi considerado culpado pelas crises dos anos 1970 e 1980, foi convidado, ao final dos anos 1990, a resolver os problemas gerados pelas reformas neoliberais colocadas em prática no período anterior (RIZZOTTO; BORTOLOTO, 2011).

2.5.1 O princípio da equidade e o SUS

O valor de uma vida é imensurável e sua defesa deve permear as definições das estratégias e orientações dos serviços de saúde, reduzindo o sofrimento e prolongando a vida das pessoas.

O Sistema Único de Saúde do Brasil se fundamenta no princípio primordial da saúde enquanto direito destinado a todos os indivíduos, com suas singularidades e sem qualquer forma de discriminação.

Nesse sentido, as desigualdades sociais e econômicas precisam ser consideradas nas proposições e nas avaliações das políticas públicas de saúde em busca de uma distribuição mais justa, a partir do entendimento inequívoco de que as situações de saúde são essencialmente multifatoriais, resultado de uma complexa inter-relação entre o contexto socioeconômico, do acesso aos serviços necessários, além de fatores e comportamentos de risco associados ao processo de adoecimento.

A saúde, no texto da Constituição Federal de 1988 (CF88), espelha o movimento pela redemocratização do país e ampliação dos direitos sociais. Ela é definida como um direito de toda a população, em todas as suas necessidades, a ser garantido de forma igualitária pelo Estado através de políticas econômicas e sociais.

No texto constitucional, a saúde passa a ser definida como um estado produzido socialmente, resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, ambientais, culturais e econômicos. Para a sua consolidação como um direito de todos os cidadãos, é dever dos entes da federação a implementação de políticas públicas intersetoriais que atuem sobre os determinantes sociais de saúde.

Cidadania aqui tem um significado abrangente, formulado na ideia expressa por Hannah Arendt do “direito a ter direitos”, intimamente conectada com o conjunto de princípios e valores que fundamentam a concepção de dignidade da pessoa humana (MACEDO, 2014).

A CF88 acolheu princípios e ideias propugnadas pela reforma sanitária. A equidade, no entanto, mesmo cada vez mais presente no pensamento epistemológico sanitário brasileiro e citada entre as diretrizes do SUS, não tem declaradamente a mesma envergadura jurídica de princípios como a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social que compõem o texto constitucional (PIOLA et al, 2009).

A saúde coletiva brasileira tem acentuado que, para superar as desigualdades em saúde, é preciso reconhecer que a saúde é um direito de cidadania, sendo necessária a formulação de políticas equânimes, consideradas essenciais para a promoção da justiça social (BARROS e SOUSA, 2016).

2.5.2 As desigualdades sociais em saúde

As desigualdades em saúde são as diferenças observáveis e quantificáveis nas condições de saúde e no acesso aos serviços, que podem ou não ser decorrentes de alguma forma de injustiça. As desigualdades sociais, ou iniquidades, em saúde expressam o caráter injusto que abissais diferenças sociais reproduzem nos níveis de saúde dos indivíduos ocupantes dos diferentes grupos sociais, sendo de extrema relevância a sua compreensão para a formulação de ações políticas concretas direcionadas a minimizar as iniquidades existentes (BARRETO, 2017).

Segundo Barata (2012), as explicações mais frequentes para as desigualdades sociais em saúde são baseadas em cinco argumentos, em geral simplistas:

1. Os diferentes padrões de mortalidade são decorrentes do acesso diferenciado aos serviços de saúde para os vários grupos.
2. Os diferentes graus de desenvolvimento da assistência médica entre os países.
3. Influência do contexto, das condições de vida sobre o estado de saúde.
4. A ideia do ciclo vicioso, onde a doença é o determinante da posição social.
5. Mais recentemente, voltaram à moda as explicações baseadas em fatores genéticos.

Mesmo que alguns deles sejam bem-sucedidos em explicar parte do problema, os argumentos são facilmente refutados quando as desigualdades não desaparecem em países com sistemas nacionais de saúde com garantia universal de acesso; quando se observa que as desigualdades aumentam na medida em que há grande difusão e incorporação de tecnologia médica; quando estudos epidemiológicos demonstram que os fatores de risco explicam no máximo 25,0% da ocorrência dos problemas crônicos de saúde. Os argumentos assentados em

relações de causalidade necessárias, automáticas e previsíveis são facilmente refutados por poucas pesquisas longitudinais (BARATA, 2012).

A compreensão das desigualdades sociais em saúde e das diferenças no acesso aos serviços exige a apropriação de que as doenças e suas distribuições populacionais são produtos da organização social e que são muito mais complexas que as dicotomias simplistas que as separam entre doenças sociais e doenças não sociais (BARATA, 2012).

Swarcwald et al (2017) nos alertam sobre a diferença na longevidade como resultado das desigualdades socioeconômicas, que de forma inexorável é menor nos estratos sociais menos favorecidos. Em 2013, a esperança de vida aos 60 anos no Brasil foi de 19,9 para os homens, variando entre 17,7 no Piauí e 21,4 no Espírito Santo. As estimativas em relação às mulheres apresentaram-se mais elevadas, indicando para o Brasil um valor médio de 23,4, variando entre 20,1 em Roraima e 25,4 no Espírito Santo. Para a Expectativa de Vida Saudável (EVS) estimada com base na percepção da própria saúde, a razão de desigualdades chegou a alcançar valores superiores a 1,5 para ambos os sexos, o que significa que a população idosa do estado com melhor EVS espera viver 50,0% a mais de anos com boa saúde em comparação com o estado de menor EVS, alcançando uma diferença de 7 anos entre esses estados e reafirmando a assimetria Norte-Sul (SZWARCOWALD et al., 2017).

Especificamente em relação à cidade do Rio de Janeiro, Szwarcwald et al. (2011) observaram que, entre as pessoas maiores de 65 anos, a EVS nas regiões faveladas era a metade daquela esperada nas regiões mais ricas da cidade. Por sua vez, a diferença na longevidade ao nascer entre esses mesmos estratos sociais variava em até 13 anos. Achados que corroboraram com estudos brasileiros anteriores (IBGE, 2009; SANTOS, 2011).

Essas diferenças estariam intimamente associadas à vulnerabilidade social, à privação de bens de consumo e desigualdade no acesso a serviços (SZWARCOWALD et al., 2011), particularmente os serviços de saúde, como condições agravantes de transtornos físicos e psicossociais que amplificam a morbimortalidade causada pelas DCNT, aumentando também a mortalidade prematura (SZWARCOWALD et al., 2011).

Da associação objetiva entre as condições de vida e os indicadores de morbimortalidade se depreende a necessidade de promover ações e programas que busquem aumentar longevidade da vida com qualidade e, além disso, empenhem-se em mitigar as disparidades injustas correlacionadas às condições socioespaciais (SZWARCOWALD et al., 2017).

O SUS é reconhecido como o maior sistema de saúde pública e universal do mundo, mas ao longo desses 30 anos, desde a promulgação das leis orgânicas da saúde, muito se tem

questionado sobre sua efetividade na conquista de melhores resultados, nos padrões de uso e acesso aos serviços de saúde que venham configurar uma cobertura universal com equidade.

Diante do perfil epidemiológico brasileiro contemporâneo, considerando a dimensão territorial continental e a desigual distribuição dos mais de 200 milhões de habitantes pelo país, a heterogeneidade nacional, as iniquidades sociais e em saúde, o subfinanciamento crônico da saúde, é necessário encontrar formas de organizar os serviços de saúde capazes de promover a equidade na atenção à saúde. Nessa perspectiva, as Rede de Atenção à Saúde (RAS) são os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde mais coerentes para responder com efetividade, eficiência e qualidade às necessidades de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

2.6 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Hegemonicamente, os sistemas de saúde se estruturam sobre o paradigma biomédico e são organizados com foco na assistência às condições agudas ou à agudização das condições crônicas, a partir de serviços desconectados entre si, inviabilizando a continuidade do cuidado (MENDES, 2011) e os categorizando como sistemas fragmentados.

A estrutura desses sistemas é organizada em níveis de complexidade crescente, estabelecendo graus de importância à medida que se ascende nos níveis. É possível encontrar essa concepção hierárquica equivocada ainda vigente no SUS. Ao atribuir inadequadamente que as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) são menos complexas que as dos níveis subsequentes, valoriza-se mais os níveis terciário e o secundário, banalizando a importância e a complexidade inerente da APS (MENDES, 2011).

Entre as evidências da fragmentação do sistema de saúde, podem ser citadas: as lacunas assistenciais; a configuração de modelos de atenção que não se adaptam à crescente importância das condições crônicas; e a pouca inserção da vigilância e da promoção nos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2010b).

É importante distinguir densidade tecnológica — que é o aparato tecnológico necessário para o desenvolvimento das atividades em um determinado nível de atenção — de complexidade — cujo significado denota a qualidade daquilo que possui muitos aspectos ou cujos elementos de interdependência são de difícil compreensão.

A partir dessa distinção, é possível constatar que a APS desenvolve atividades bastante complexas quando o cuidado destinado à saúde exige levar em conta as dimensões biológicas,

individuais e coletivas, e suas relações com o processo de determinação social. Por sua vez, os níveis secundário e terciário exigem maior densidade tecnológica para cumprir suas incumbências nos sistemas de saúde.

Os sistemas de saúde necessitam, assim, estabelecer uma relação dialógica e dialética com os fatores externos — como o envelhecimento da população e avanços tecnológicos — e os fatores internos — como a estrutura e cultura organizacional, recursos, gestão, entre outros (MENDES, 2011). Os sistemas de atenção à saúde devem, portanto, ser arquitetados de forma harmônica e coerente com as necessidades de saúde da população para a qual foram estruturados.

No Brasil, a situação de saúde se caracteriza por uma singular e acelerada transição demográfica, com o percentual da população jovem (0-14 anos) decaindo proporcionalmente em relação ao percentual de pessoas idosas (maiores de 65 anos), o que impõe uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças que traz consigo uma epidemia oculta: a das doenças crônicas (MENDES, 2012).

A crise contemporânea no SUS ecoa essa dissonância entre a situação epidemiológica na qual prevalecem as doenças crônicas e a organização da atenção à saúde de forma fragmentada e voltada para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Cenário este que favorece a negligência do enfrentamento das doenças crônicas nos seus momentos silenciosos, quando insidiosamente evoluem (MENDES, 2012).

As redes de atenção à saúde, valendo-se da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado, constituem-se na forma de organização dos serviços de saúde mais adequada para a superação da fragmentação do SUS frente à necessidade de maior eficiência e efetividade ante os desafios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2011, pág.84).

A Figura 1 ilustra a estrutura operacional das RAS com base na APS, que organiza e estrutura todo o conjunto para disponibilizar o serviço adequado, no lugar correto, no momento certo, com ganhos em eficiência e qualidade.

Figura 1. Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2012. RT: Redes temáticas.

O cuidado em cada rede temática (RT), como a rede de atenção às mulheres, a rede de atenção às crianças, a rede de atenção às doenças cardiovasculares etc., é organizado de forma que o primeiro contato venha ocorrer na APS. Por meio de sistemas de acesso regulado, o usuário transita entre os demais níveis de atenção completando o ciclo de cuidado.

As RAS são constituídas por três elementos: 1) uma população adscrita a uma região de saúde; 2) uma estrutura operacional composta por centro de comunicação, atenção primária, secundária e terciária à saúde; e 3) sistemas de apoio, logísticos e de governança e um modelo de atenção à saúde (MENDES,2012).

A população, estratificada por subpopulações conforme o risco submetido, fica sob a responsabilidade da rede de serviços da região. Considerando a preponderância das condições crônicas no cenário nacional e as evidências internacionais, torna-se necessário um modelo de atenção à saúde voltado para a atenção às condições crônicas e que contemple as peculiaridades do SUS (MENDES, 2012).

A organização da RAS na perspectiva da atenção às condições crônicas deverá levar em consideração o papel decisivo da ESF como centro de comunicação e sua competência nas intervenções de promoção da saúde, na prevenção e no manejo das doenças crônicas e seus agravos (MENDES,2012).

No Quadro 2, pode-se observar algumas das características que distinguem os sistemas fragmentados dos sistemas em rede. As RAS, contando com a APS como coordenadora do

cuidado, chamam para si a iniciativa da elaboração de um plano de cuidado construído de forma compartilhada com a população adscrita para a qual este se destina, no qual considera e se adapta ao perfil epidemiológico e os determinantes sociais que atuam sobre esta população.

Quadro 2. Características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.

Característica	Fragmentado	Em Rede
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação do cuidado	Inexistente	Feita pela APS
Centralidade	Nas condições agudas por meio de pronto atendimento	Nas condições crônicas e agudas por meio de uma RAS
Objetivos	Parciais de cada serviço	Melhoria da saúde de uma população
População	Indivíduos isolados	Adscrita e estratificada por risco
Sujeito	Paciente	Agente corresponsável
Ação	Reativa e episódica, acionada pela demanda	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados
Intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, atuando sobre os determinantes sociais
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado em profissionais, especialmente no médico	Atenção colaborativa com equipes multiprofissionais com ênfase no autocuidado
Território	Político-administrativo	Sanitários

Fonte: MENDES, 2011.

Avançar na qualificação da atenção, notadamente da APS como ordenadora da RAS, e da gestão em saúde compreende desafios a serem superados que carecem de decisão política e de gestão no âmbito do SUS, pois tanto envolvem aspectos técnicos, éticos e culturais, quanto implicam o cumprimento do pacto político entre as diferentes instâncias de gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2010b).

A integração do conjunto de pontos isolados em RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado através da ESF, é o caminho mais viável para redução da fragmentação do SUS, face aos atuais desafios impostos pela conjuntura socioeconômica, demográfica, epidemiológica e sanitária do Brasil (TASCA, 2011).

2.7 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.7.1 A Atenção Primária à Saúde

Entretanto, torna-se oportuno o convite à reflexão sobre o porquê do termo Atenção Básica à Saúde (ABS) — em contraposição a Atenção Primária à Saúde — ter sido adotado pelo movimento sanitário brasileiro.

A ideia de atenção primária vinculava-se a uma visão reducionista, seletiva e focalizada. Portanto, os reformistas buscavam, com a mudança do termo, conceber uma nova perspectiva ideológica, necessária à construção de um sistema público universal vinculado a uma concepção de cidadania ampla (GIOVANELLA, 2018). Giovanella (2018, p.1), no entanto, destaca “as imprecisões de ambos os termos, que podem corresponder a políticas muito distintas, com sérias implicações para a garantia do direito à saúde”.

Sistemas de saúde estruturados sobre uma APS de qualidade são reconhecidos por formuladores de políticas internacionalmente e em diversos estudos acerca de qualidade, acesso, efetividade e eficiência. Por sua vez, a concepção propugnada em Alma-Ata reconhece a função central da APS na integração do sistema de saúde com ações abrangentes da promoção à reabilitação, o seu atributo de acesso de primeiro contato, a influência dos determinantes sociais e a indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social (GIOVANELLA, 2008).

Não há dúvidas de que o SUS é alvo de agendas políticas e econômicas que defendem concepções mais abrangente ou mais reduzida para a APS, mas essas disputas não se expressam na simples oposição semântica entre os termos básica e primária (GIOVANELLA, 2018). A abrangência da ABS ou da APS é que irá definir a qualidade dos sistemas de saúde. A partir dessa perspectiva, ao se referir a APS, este estudo utilizará a concepção abrangente e integral de APS, como sinônimo do conceito de ABS conclamado pela reforma sanitária.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que promova a autonomia das pessoas e produza impactos na situação de saúde e nos determinantes e condicionantes de saúde individual e das coletividades. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da participação social, assim como da equidade (BRASIL, 2011b).

No Brasil, a atenção básica passa a ser orientada preferencialmente pelas equipes da ESF, sendo reconhecida como estratégia que substitui a abordagem tradicional por uma prática centrada no cuidado e nas necessidades dos indivíduos, de suas famílias nas dinâmicas com o território no qual estão inseridos.

A equidade, enquanto princípio norteador da atenção básica, sustenta que a oferta de cuidado em saúde deve ser realizada a partir do reconhecimento das diferentes condições de vida e saúde e das necessidades das pessoas ou grupos comunitários em seus diferentes níveis sociais, respeitando toda e qualquer diversidade, em busca do desenvolvimento da autonomia e da condição de saúde (BRASIL, 2007).

A ESF, coordenando o trabalho intersetorial e multiprofissional, deve gerir as condições dos usuários portadores de DNCT a partir de uma abordagem integral, intervindo sobre os fatores de risco por meio de ações de promoção de saúde e prevenção das doenças, como também interferindo o mais precocemente possível nas condições já estabelecidas visando à redução dos agravos, dos quadros de agudização e, conseqüentemente, da morbimortalidade, incluindo aqui a redução da MP.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, modifica a concepção do Saúde da Família, que deixa de ser um programa focal e setorial, expandindo seus limites e redefinindo seu entendimento do ato de cuidar, e passa a ser considerado uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica conforme os preceitos do SUS (BRASIL, 2006).

A ESF, definida como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, visa a garantir o acesso equânime, universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade; a integralidade das ações; o desenvolvimento de vínculo e relações de corresponsabilidade entre a equipe e a população usuária; assim como incentivar a participação popular nas práticas de saúde, fortalecendo o exercício do controle social na gestão pública da saúde (BRASIL, 2006).

As PNAB 2011 e 2017, sancionadas pelas portarias nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 e nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, ratificam a concepção da ESF como forma prioritária para reorganização, expansão e consolidação da atenção básica no Brasil, através da reorientação do processo de trabalho das equipes que permite maior aprofundamento nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Apesar de toda a previsão formal e do discurso oficial sobre o papel prioritário da ESF na APS e no SUS, a ESF até então incorpora interpretações mais restritas e seletivas e se estrutura de forma marginal em uma cultura ainda fortemente influenciada pelo paradigma biomédico (MENDES, 2012).

Depois de anos de importantes avanços, mesmo que em estradas sinuosas, a aprovação da PNAB 2017 foi recebida com muitas críticas por instituições de relevo público, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Isso se deu devido ao seu caráter regressivo, em especial pelo deslocamento da ESF da centralidade da APS. O direcionamento de incentivos para financiamento de equipes de atenção básica sem os agentes comunitários de saúde (ACS) fará retornar ao modelo assistencial tradicional reconhecido internacionalmente como inferior à ESF (REIS, 2017).

A abordagem do modelo tradicional, fundamentada em um limitado conceito de saúde com atuações enfatizando a patologia e a cura de forma focalizada e seletiva, negligencia a atuação dos determinantes sociais sobre a intrincada relação entre os fatores psicológicos e sociais e os biológicos. Desta maneira, não proporciona o cuidado, não previne o adoecimento, não promove saúde, não protege a vida. A APS é a força motriz responsável pela produção do cuidado em saúde, pela efetividade da assistência no SUS e pela qualidade de vida da população. A atuação da ESF ao observar a importância de outros fatores implícitos no processo saúde-adoecimento, representa uma evolução nas medidas de intervenção — o que a sedimenta como o modelo estruturante de atenção mais adequado para oferecer as respostas necessárias às demandas sociais em saúde.

Toda e qualquer modificação no modo de organização e financiamento da APS deve ser precedida de amplo debate com o controle social, de forma a garantir a sustentabilidade do SUS e a mitigar qualquer impacto negativo na qualidade da atenção à saúde.

Apesar dos avanços e possibilidades apresentadas, a APS tem demonstrado inefetividade em se comunicar com os demais níveis de atenção, não sendo possível prestar uma atenção planejada, contínua e integral para a população (MENDES, 2011). O desafio torna-se ainda maior quando se tem em conta o caráter multifatorial do processo saúde-doença e a necessidade de se estabelecer relações multisetoriais; responsabilidade esta que incide, quase que exclusivamente, sobre o setor Saúde.

Depreende-se que somente a partir dessas relações intersetoriais será possível estabelecer perspectivas de intervenção compartilhada e abrangente o suficiente para a promoção de ganhos reais e equitativos em saúde — incluindo a redução da mortalidade prematura.

A redução da MP passa, portanto, pela necessidade de se pensar, dentro do setor saúde, caminhos e abordagens inovadoras e mais efetivas no controle e prevenção da hipertensão

arterial, do tabagismo, da hiperglicemia, principais fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis, juntamente com a inatividade física e a obesidade. No entanto, o maior desafio se encontra na capacidade de atuação sobre os fatores de natureza social que incidem sobre a situação de saúde das populações que exigem medidas que estão além da governabilidade exclusiva dos serviços de saúde.

2.7.2 A Estratégia Saúde da Família

Ainda que na contramão da hegemonia do paradigma biomédico e da doutrina neoliberal no plano nacional brasileiro, o SUS reforça importância da ESF como política social (GOUVEIA; PALMA, 1999) e a ESF se sedimenta como estratégia definitiva na intercessão por um sistema de saúde justo, equânime para toda a sociedade brasileira (SOUZA et al., 2018).

É na APS, sobretudo na ESF, que se potencializa o caráter democrático da integralidade, que, pela qualificação da escuta humanizada, supera a relação verticalizada entre o profissional e o usuário, permitindo a articulação com os sujeitos sociais e estimulando as trocas interpessoais e o protagonismo da população (OLIVEIRA, 2013), o que viabiliza melhores respostas às suas necessidades em saúde.

A legislação estruturante do SUS define a saúde como um direito fundamental de todos (BRASIL, 1988, art. 196), e atribui ao Estado o dever de providenciar e ordenar as condições necessárias para o seu pleno exercício. O Estado tem a responsabilidade de formular e executar políticas econômicas e sociais a fim de viabilizar o atendimento integral, agregando ações de vigilância, promocionais, preventivas e assistenciais que garantam a participação efetiva de indivíduos, famílias e comunidade nessas formulações (BRASIL, 1990b, art. 2º).

A amplitude do conceito de saúde adotado na legislação torna necessário, além das ações intrínsecas do Estado, o desenvolvimento de uma categoria de cidadania de concepção ampliada, fundamentada na construção social e histórica dos direitos em uma sociedade e do desenvolvimento da autonomia de sua população (HULLEN, 2018).

No Brasil, essa perspectiva da cidadania, só se tornou mais sólida após a abertura política quando a CF88, que recebeu a alcunha de constituição cidadã, consolidou os direitos fundamentais individuais e declarou a cidadania como um dos fundamentos para a constituição do estado democrático de direito (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011). A CF88 materializou o processo de redemocratização e buscou estabelecer normas para o desenvolvimento da cidadania plena, de determinação pública e universal, na qual o indivíduo cidadão atua junto ao

governo para o melhor desenvolvimento e operacionalização das políticas públicas (HULLEN, 2018).

Entretanto, Nogueira e Pires (2004) descrevem que, sob uma perspectiva socio-histórica, o direito à saúde não necessariamente se concilia com o conceito de cidadania plena, de justiça social ou de solidariedade, mas é fragilizado por uma visão de cidadania restrita, orientada por critérios econômicos, pela racionalidade e eficiência próprios de Estados capitalistas com fortes exigências de acumulação de capital.

A reflexão sobre cidadania em um cenário de pobreza e iniquidade social, como o que se verifica no Brasil, percorre por uma estrada estreita e tortuosa que, por vezes, leva a população a se afastar das conquistas alcançadas na CF88 e de valores como solidariedade, ética e justiça social para buscar seus objetivos por outros meios, através de práticas clientelistas e assistencialistas (HULLEN, 2018).

A cidadania diz respeito ao direito de fazer parte de uma nação, de ser tratado como igual em relação a qualquer outro cidadão, de andar e se expressar livremente e de participar ativamente na vida política e, em uma perspectiva mais ampliada desenvolvida por Jean-Jacques Rousseau, implica direitos e deveres tanto de indivíduos quanto da sociedade (PERUZZO, 1999).

A ESF, ao desenvolver seu processo de trabalho no núcleo familiar, para além da competência técnica, procura preservar os valores do indivíduo, sua família e sua comunidade inseridos no contexto socioeconômico do território que habitam, favorecendo a capacidade de escuta ativa, o estabelecimento de vínculo e os mecanismos de comunicação no cotidiano do trabalho em saúde e da educação para a cidadania (PERUZZO, 1999).

Garcia (2018) alerta que é preciso se despir de preconceitos que induzam a uma postura de disciplinamento moral e controle, como por exemplo considerar as famílias mais pobres menos capazes de transmitir valores positivos e de proteger seus membros. A atuação no núcleo familiar, implica a capacidade de reconhecê-las como ambientes conflituos, mas também de reprodução de valores e sociabilidade.

Essa escuta que não se centra em um profissional exclusivo, mas, essencialmente é realizada pela equipe, possibilita o desenvolvimento de um processo de comunicação holística e empática ao demonstrar interesse genuíno pela fala e pela vida do usuário, promovendo confiança e segurança recíprocas. O processo educacional flui e se converte mais facilmente na educação para a cidadania, para o desenvolvimento das práxis populares e comunitárias e para a consecução dos interesses e direitos da coletividade, no bojo de um processo emancipatório de construção social (PERUZZO, 1999).

Dentro desse processo emancipatório construído socialmente, o exercício da cidadania impede que, por desconhecer ou não saber valer seus direitos como indivíduo ou mesmo como coletividade, a sociedade conviva desatenta às iniquidades e aceite acriticamente as barreiras de acesso aos determinantes e condicionantes da saúde (FIGUEIREDO et al., 2009).

A ESF funciona como porta de entrada prioritária do sistema de saúde, que providencia a passagem, quando necessário, para os demais pontos da rede de atenção à saúde, corresponsabilizando-se pela efetividade do cuidado integral (MENDES, 2011).

Para que se configure como estratégia central para a organização da rede de atenção à saúde, a atuação das equipes da ESF necessita do cumprimento de diretrizes que apoiem e orientem suas atividades, tais como: a) definição de território adstrito; b) adscrição dos usuários; c) abordagem multiprofissional e intersetorial; d) organização do processo de trabalho através de ações de educação, promoção, prevenção e atenção à saúde.

Ante as mudanças do mundo que inexoravelmente transformam o quadro epidemiológico, pode-se afirmar que:

Para enfrentamento e superação do complexo quadro nosológico atual, torna-se necessária a humildade do profissional de saúde (em especial do médico) de reconhecer a sua incapacidade de sozinho atingir esse objetivo, e a consciência dos outros profissionais e setores do seu papel na construção desse processo (MARTINS JÚNIOR; ANDRADE; BARRETO, 2003, p. 62).

Torna-se, então, de fundamental relevância que as equipes aperfeiçoem suas práticas a partir de planejamentos desenvolvidos por meio de processos multiprofissionais. Para que a ESF verdadeiramente se consolide, ela precisa ser ressaltada como um dos legados da reforma sanitária brasileira em seu sentido político e civilizatório representativo das lutas por justiça social e um dos principais empreendimentos em busca da garantia da saúde como direito de cidadania.

As consequências esperadas dessa estratégia são a melhor compreensão da dinâmica social do território de atuação e o desenvolvimento de relações de vínculo de afetividade e confiança entre os profissionais de saúde e os indivíduos, as famílias e a comunidade. A equipe assume a responsabilidade sanitária pelo território e passa a ser referência para a construção democrática de planos de cuidado compartilhados, considerando a dinamicidade existente no território e integrando os diferentes saberes que permitam intervir sobre os principais determinantes e condicionantes da saúde daquela coletividade (BRASIL, 2011b).

O trabalho em equipe na ESF, no entanto, não se constitui em um processo trivial. As transformações advindas do mundo moderno, em especial, a globalização da economia e da sociedade, a transição epidemiológica e a mudança das práticas em saúde e dos hábitos de vida,

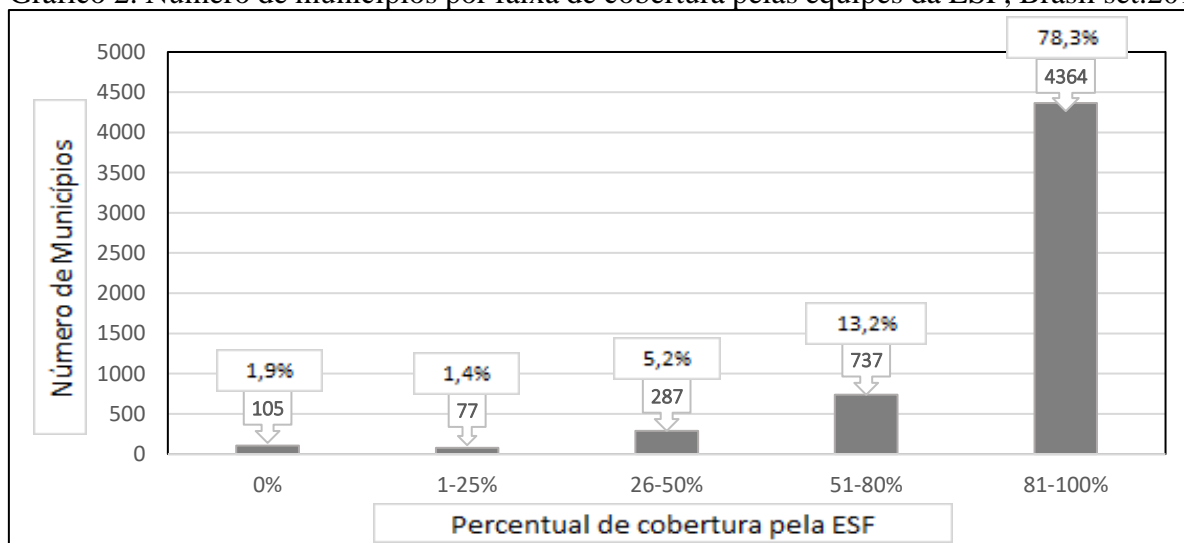
impõem a cada profissional necessidade de atualização permanente. Para além do treinamento das habilidades ou da apropriação de informações no campo da saúde, a atualização precisa contemplar a imprescindibilidade da construção de um conhecimento compartilhado e do desenvolvimento da consciência crítica-reflexiva, incorporando ao saber técnico as competências e os valores culturais com compromisso de transformar a realidade da coletividade.

A decisão pela implantação da ESF como estratégia de reorientação do seu modelo assistencial é da esfera municipal, ficando sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) as ações de fomento por meio de políticas de financiamento compartilhado das equipes implantadas (BRASIL, 1997).

A importância e a viabilidade da ESF pode ser percebida quando se verifica que, segundo dados de setembro de 2016 do Departamento de Atenção Básica (DAB), dos 5.570 municípios do Brasil, 5.465 contam com equipes da ESF em parte do seu território, tornando a ESF responsável pelos cuidados primários em 98,1% dos municípios. Em dezembro de 2018, mais de 135 milhões de usuários, cerca de 65,0% da população, encontravam-se cobertos pelas equipes da ESF, caracterizando-a como o mais amplo programa de atenção básica do mundo.

O Gráfico 2 demonstra que apenas 105 municípios brasileiros (1,9%) não contavam com cobertura pelas equipes da ESF e que 4.364 municípios (78,3%) contavam com coberturas superiores a 80,0%.

Gráfico 2. Número de municípios por faixa de cobertura pelas equipes da ESF, Brasil set.2016.



Fonte: DAB, acessível em:

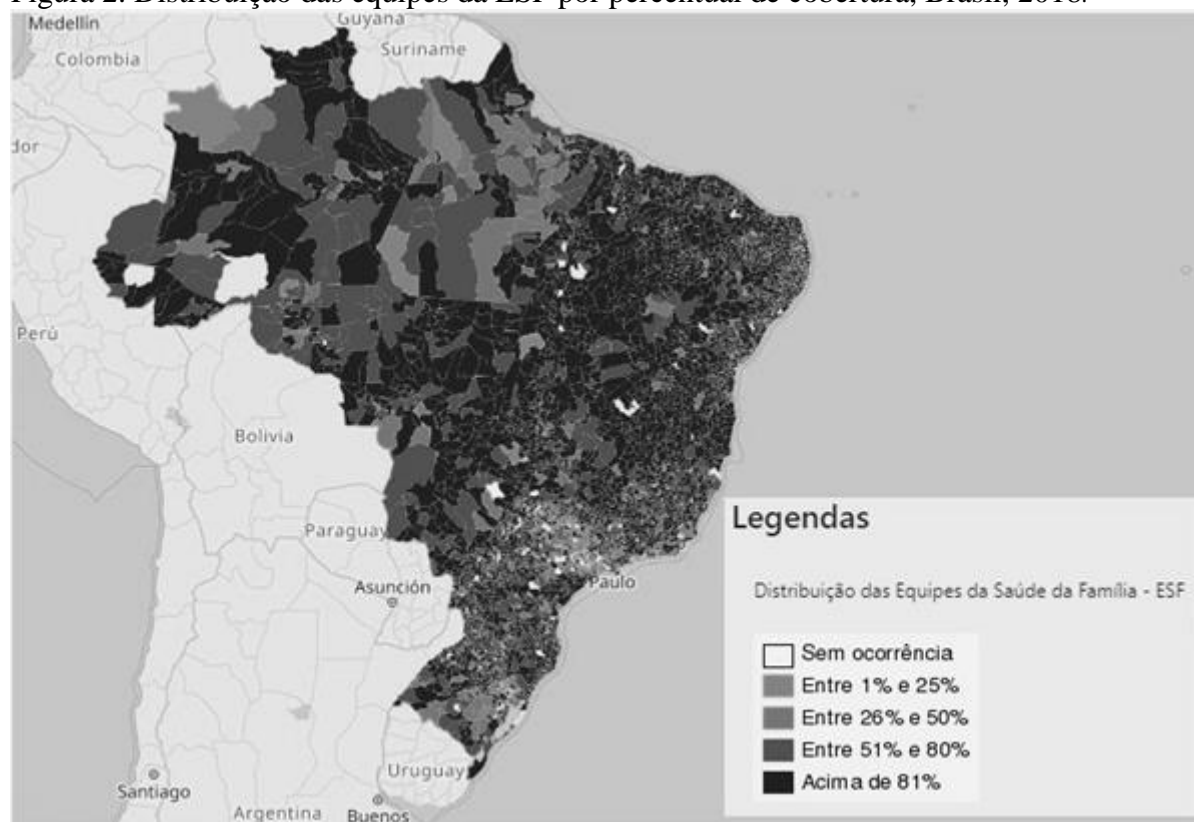
http://i3geo.saude.gov.br/i3geo/ogc.php?service=WFS&version=1.0.0&request=GetFeature&typeName=psf_cobertura&outputFormat=CSV

A preponderância da ESF como modelo prioritário adotado pelos municípios também fica evidenciada na Figura 2, que apresenta no plano nacional a cobertura pelas equipes de atenção básica (eAB), que incluem a ESF e equipes similares, formadas por clínica médica, ginecologia e pediatria. Observam-se poucos casos de municípios sem ocorrência de equipes da ESF ou outras eAB. Assim como pode-se observar a predominância da tonalidade mais escura, que indica maior percentual de cobertura (BRASIL, 2018a).

Vale destacar que, em setembro de 2018, havia 43.639 equipes da ESF e cerca de 7 mil eAB, que se responsabilizavam por cerca de 21 milhões de usuários, representando 10,3% da cobertura total pelo conjunto das equipes de atenção básica que somava 75,3% de cobertura no país (BRASIL, 2018a).

O mapa foi atualizado em 2018 e considerava, para efeito de cálculo de cobertura, que cada equipe era responsável por 3 mil usuários.

Figura 2. Distribuição das equipes da ESF por percentual de cobertura, Brasil, 2018.



Fonte: Infraestrutura Nacional de Dados Espaciais. Disponível em: <https://visualizador.inde.gov.br/VisualizaCamada/997>

Ratificando a importância da ESF na organização dos sistemas de saúde, entre 2000 e 2012 foi observado que a redução das internações por causas sensíveis à atenção primária

(ICSAP) em menores de 1 ano estava associada à expansão da ESF na Bahia, reduzindo as taxas municipais em 52,5% no período (PINTO JÚNIOR et al., 2018).

Resultado semelhante foi também observado em Minas Gerais entre 2003 e 2012, período em que as internações gerais apresentaram decréscimo de 7,0% em relação às ICSAP. No mesmo período, foi observada redução de 30,5%, sendo constatado que essa redução ocorreu concomitantemente com a expansão da ESF, o que nos permite inferir relação negativa entre o aumento de cobertura pelas equipes da ESF e a redução das internações hospitalares, em especial das ICSAP (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014).

No Brasil, também se observou entre 2000 e 2010 uma redução de aproximadamente 20,0% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, em parte atribuída à expansão da Estratégia de Saúde da Família, em parte associada à melhoria da assistência e à política de combate ao tabagismo (BRASIL, 2011a).

Os desafios para a consolidação do SUS estão sujeitos à superação de fatores de diferentes dimensões. Na dimensão político-institucional, os desafios se denotam no financiamento insuficiente do SUS e, em especial da APS/ESF; na formação profissional distante de uma abordagem integral destinada às verdadeiras necessidades dos usuários do SUS; na terceirização, precarização e flexibilização dos direitos trabalhistas; e no ônus quase exclusivo do setor Saúde em desenvolver ações intersetoriais.

Na dimensão organizativa, os desafios se observam no acesso, na percepção da ESF como porta de entrada prioritária do SUS, na integração com os demais pontos da rede assistencial e na participação comunitária.

Na dimensão técnico-assistencial, os desafios estão relacionados ao risco de reproduzir a mesma lógica de atendimento observada no processo de cuidado da racionalidade biomédica (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

No entanto, a hegemonia neoliberal ganhou ainda mais força com o crescimento de uma frente parlamentar de extrema direita. Um fenômeno mundial, alavancado pela crise econômica de 2008 em defesa de uma agenda populista e pseudomoralista, que busca racionalizar o injustificável, mas que verdadeiramente defende a hierarquia de classes, o conservadorismo social e a liberação e o lucro do mercado financeiro, em detrimento das demandas sociais (GOMES, 2015), movimento este que afeta diretamente o SUS.

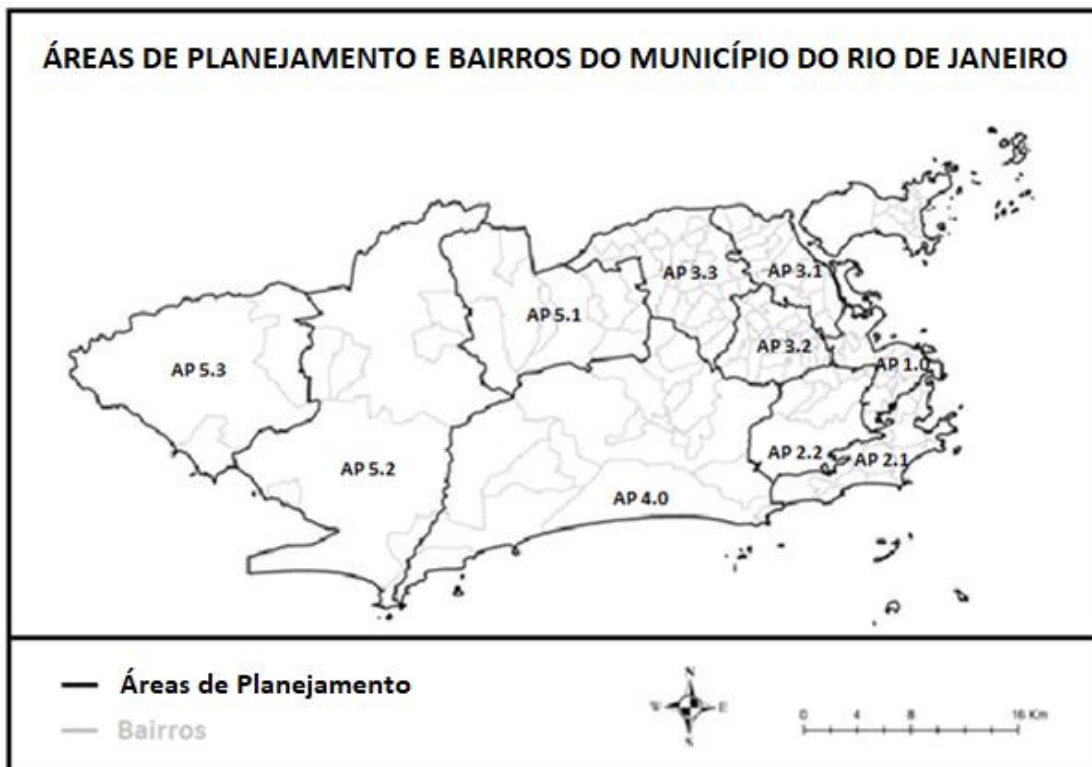
No palco brasileiro, a dissimulação é acompanhada por ondas de condutas imoderadas que fazem uso das redes sociais para publicação de conspirações e falsos conteúdos voltados para o acirramento da fragmentação ideológica e da polarização política, situação que chancela um dos momentos mais dramáticos da política brasileira e estabelece um intenso retrocesso das

políticas sociais. No âmago desse cenário, bem definido no pensamento de Fausto (2018), se “aceitam regras fora do jogo democrático”, avolumam-se deformações nas normas e leis que originariamente buscavam proteger, assegurar e garantir o direito fundamental dos cidadãos no nosso ordenamento jurídico.

2.7.3 A Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole do país com uma área de 1.224,56 km², que são divididos em quatro regiões geográficas comumente conhecidas como Centro, Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste, e possui uma população que ultrapassa 6 milhões de habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ) foi dividida em 1993 em áreas de planejamento sanitário, como estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde no município. Atualmente, as dez áreas de planejamento (AP) se integram com as 33 regiões administrativas e os 160 bairros da cidade, considerando a extensão territorial, concentração populacional e diversidade econômica e cultural (BRASIL, 2007), conforme se pode observar nas Figuras 3 e 4.

Figura 3. Mapa do município do Rio de Janeiro por áreas de planejamento e divisão dos Bairros.



Fonte: Instituto Pereira Passos, Gerência de Cartografia.

As regiões administrativas são divisões territoriais previstas no Art. 20 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro. São instâncias administrativas que integram um conjunto de bairros com características geográficas e sociais similares para fins de descentralização da coordenação dos serviços públicos de natureza local, de modo a facilitar a administração e governança do município.

Figura 4. Mapa do município do Rio de Janeiro dividido em Regiões Administrativas.



Fonte: Instituto Pereira Passos, Gerência de Cartografia.

As coordenadorias de áreas de planejamento (CAP), como unidades gestoras intermediárias entre o nível central e as unidades de saúde e população do seu território, gozavam de pouca autonomia técnica e administrativa, além de limitações política e financeira, e acabaram por se constituir em apenas mais uma instância burocrática voltada para questões emergenciais (BRASIL, 2007).

Em 2009, a SMS do Rio de Janeiro introduziu novos marcos conceituais e práticos para a gestão da saúde carioca, tirando-a das margens das políticas governamentais definindo novos aportes de recursos destinados para o investimento e custeio do programa “Saúde Presente”, visando a ampliar a cobertura pelas equipes da ESF em dez vezes no período de 2009 a 2013 (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). A ampliação da cobertura pela ESF tinha por princípio a

estruturação de um sistema de saúde efetivo, que deveria ser capaz de reduzir a morbidade e a mortalidade da população carioca, ou como se dizia da SMSRJ, “Para que as pessoas vivessem mais e vivessem melhor”.

No Quadro 3, estão relacionadas as 10 áreas de planejamento, com as 33 regiões administrativas e estas com os 160 bairros que formam o município do Rio de Janeiro.

Quadro 3. Relação entre os bairros e as regiões administrativas que compõem as áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro.

AP	RA	Bairro
1.0	I Portuária	Caju, Gamboa, Santo Cristo, Saúde
	II Centro	Centro
	III Rio Comprido	Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Rio Comprido
	VII São Cristóvão	Benfica, Mangueira, São Cristóvão, Vasco da Gama
	XXI Paquetá	Paquetá
	XXIII Santa Teresa	Santa Teresa
2.1	IV Botafogo	Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras, Urca
	V Copacabana	Copacabana, Leme
	VI Lagoa	Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Leblon, São Conrado, Vidigal
	XXVII Rocinha	Rocinha
2.2	VIII Tijuca	Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira, Tijuca
	IX Vila Isabel	Andaraí, Grajaú, Maracanã, Vila Isabel
3.1	X Ramos	Bonsucesso, Manguinhos, Olaria, Ramos
	XI Penha	Brás de Pina, Penha, Penha Circular
	XXXI Vigário Geral	Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas, Vigário Geral
	XX Ilha do Governador	Bancários, Cacuia, Cidade Universitária, Cocotá, Freguesia (Ilha), Galeão, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Moneró, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá, Zumbi
	XXIX Complexo do Alemão	Complexo do Alemão
	XXX Maré	Maré
3.2	XII Inhaúma	Del Castilho, Engenho da Rainha, Higienópolis, Inhaúma, Maria da Graça, Tomás Coelho
	XIII Méier	Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos
	XXVIII Jacarezinho	Jacarezinho
3.3	XIV Irajá	Colégio, Irajá, Vicente de Carvalho, Vila Cosmos, Vila da Penha, Vista Alegre
	XV Madureira	Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Honório Gurgel, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Quintino Bocaiúva, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo
	XXII Anchieta	Anchieta, Guadalupe, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque
	XXV Pavuna	Acarí, Barros Filho, Coelho Neto, Costa Barros, Parque Colúmbia, Pavuna
4.0	XVI Jacarepaguá	Anil, Curicica, Freguesia, Gardênia Azul, Jacarepaguá, Pechincha, Praça Seca, Tanque, Taquara, Vila Valqueire
	XXIV Barra da Tijuca	Barra da Tijuca, Camorim, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande, Vargem Pequena
	XXXIV Cidade de Deus	Cidade de Deus
5.1	XVII Bangu	Bangu, Padre Miguel, Senador Camará, Gericinó
	XXXIII Realengo	Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Vila Militar
5.2	XVIII Campo Grande	Campo Grande, Cosmos, Inhoáiba, Santíssimo, Senador Vasconcelos
	XXVI Guaratiba	Barra de Guaratiba, Guaratiba, Pedra de Guaratiba
5.3	XIX Santa Cruz	Paciência, Santa Cruz, Sepetiba

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010.

Com a reforma conceitual e administrativa, as CAP ganharam maior dimensão e centralidade dentro da administração municipal, constituindo-se em verdadeiros distritos sanitários, segundo a concepção proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A desconcentração orçamentária ocorrida a partir de 2010 foi fundamental para garantir a execução das ações e serviços de saúde nas áreas. Some-se a isso o aumento de recursos repassados às CAP a partir de 2009, também essencial ao desenvolvimento e evolução das atividades nas áreas.

O sistema de saúde da cidade do Rio de Janeiro passou a se organizar orientado por atributos fundamentais para a implantação e a consolidação de uma APS abrangente e de qualidade. Quatro atributos essenciais — a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado —, além de três atributos derivados — a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural — (SORANZ, PINTO; PENNA, 2016), norteavam as atividades dos profissionais inseridos na ESF no município.

A cobertura pelas equipes da ESF foi ampliada em toda a cidade a partir de 2009, alcançando 70,7% em 2016, conforme informação constante no relatório de gestão da SMSRJ do mesmo ano, equivalendo a 1.296 equipes (RIO DE JANEIRO, 2016).

Na Tabela 1, é possível verificar que, mesmo após a redução de 37 equipes no ano de 2017 — devido à alta cobertura ainda apresentada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas áreas de planejamento — a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, corroborando com as propostas do Ministério da Saúde, considerava a ESF a principal estratégia para a reorganização da atenção básica, por área programática (RIO DE JANEIRO, 2017).

Tabela 1. Cobertura ESF no município do Rio de Janeiro por AP competência 12/2017.

AP	POPULAÇÃO TOTAL	NÚMERO DE ESF	POPULAÇÃO COBERTA	COBERTURA (%)
1.0	297.976	71	244.340	82,0
2.1	638.050	67	229.698	36,0
2.2	371.120	45	155.870	42,0
3.1	886.551	211	726.972	82,0
3.2	569.970	121	416.078	73,0
3.3	942.638	180	622.141	66,0
4.0	909.368	127	436.497	48,0
5.1	671.041	173	597.226	89,0
5.2	665.198	160	552.114	83,0
5.3	368.534	105	361.163	98,0
TOTAL	6.320.446	1.259	4.342.101	69,0

Fonte: Relatório de Gestão, SMSRJ, 2017.

A sintonia do funcionamento destes atributos permite que a APS assumira a coordenação das redes de atenção à saúde, minimize as disparidades entre os diferentes subgrupos populacionais e otimize a saúde de toda a população (STARFIELD, 2002), reafirmando o conceito de saúde que ultrapassa a ênfase biológica e que a compreende como fenômeno humano e social de múltiplos aspectos e manifestações representativas de uma coletividade.

A expansão da cobertura pelas equipes da ESF no município do Rio de Janeiro foi responsável pela melhoria de indicadores relacionados a doenças crônicas, indicadores de desempenho baseados em prática clínica de qualidade e indicadores de acesso (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016), e também pela melhoria nos indicadores de internação hospitalar, solidificando o papel central da APS na organização do sistema de saúde.

Pereira et al. (2018) constataram forte correlação na redução das internações por insuficiência cardíaca com o aumento de cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro entre 2000 e 2013.

Outro estudo realizado no município do Rio de Janeiro demonstrou que o aumento de cobertura pelas equipes da ESF estava significativamente associado à redução das ICSAP. Foi observada uma redução da taxa de ICSAP de 43,8 para 30,9 por 10 mil habitantes no período compreendido entre 2008 e 2015, sendo ainda observada a consolidação da taxa a partir de 2014, em concomitância a consolidação da ESF na cidade (SANTOS et al. 2018).

2.8 O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

São denominadas crônicas as doenças de progressão lenta e de longa duração, que podem acompanhar o indivíduo por toda a vida. No início podem ser silenciosas dificultando o seu diagnóstico e tratamento, levando a ocorrência de muitos diagnósticos tardios, o que aumenta o risco para o paciente, os custos para o sistema e o impacto negativo na economia.

As DCNT são responsáveis por cerca de 70,0% das mortes em todo o mundo e quase 74,0% ocorrem em países de baixa e média renda (ALVES; MORAES NETO, 2015; PARANÁ, 2017).

No Brasil, em 2003, as DCNT em conjunto foram responsáveis por 74,7% dos anos de vida vividos com incapacidade e por 66,3% de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (SCHRAMM et al., 2004) e, em 2009, responderam por 72,4% de todos os óbitos (DUNCAN et al., 2012). No Brasil, as DCNT vêm afetando muito mais significativamente a população de menor renda e escolaridade, que historicamente é mais vulnerável, mais exposta aos fatores de

risco e tem menos acesso à informação e aos serviços de saúde, ampliando ainda mais o caráter iníquo da sociedade brasileira (MALTA et al., 2017).

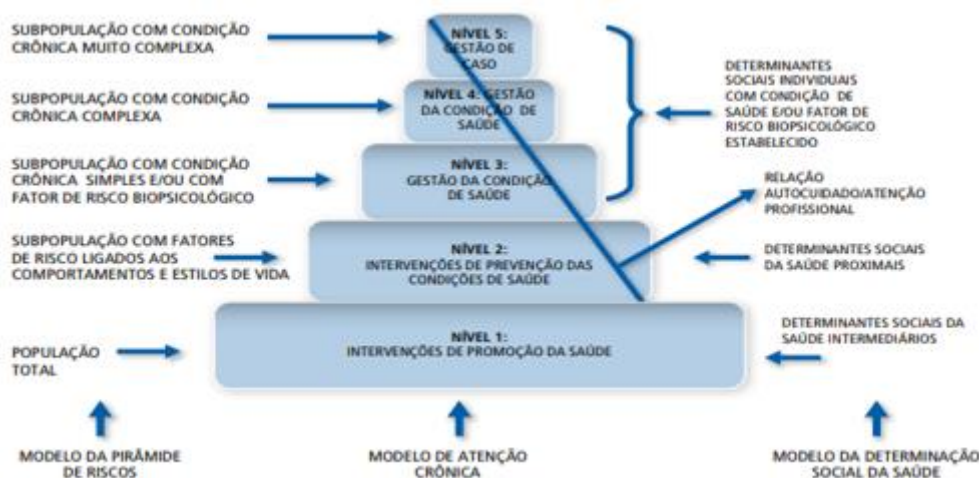
Os impactos nos âmbitos social e econômico das doenças crônicas, que geram incapacidade laborativa transitória ou mesmo permanente, redução dos rendimentos familiares e óbitos prematuros, permitem afirmá-las como um dos maiores problemas para a saúde pública em todo o mundo (SIQUEIRA et al., 2017), tornando imprescindível e inadiável a adoção de um modelo de cuidado voltado para as condições crônicas no Brasil.

As evidências internacionais sobre modelos de atenção à saúde adaptadas às peculiaridades do SUS fizeram com que se elaborasse o modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que se baseia em três pilares: a estratificação da população por risco, os níveis de determinação social da saúde e os níveis de intervenção da saúde (MENDES, 2018).

O MACC propõe intervenções sobre todas as condições crônicas que incluem as doenças infecciosas persistentes, as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, às condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, aos distúrbios mentais de longo prazo; às deficiências físicas e estruturais contínuas, assim como as DCNT (MENDES, 2018).

Na Figura 5, que descreve de forma geral o MACC, pode-se observar que as intervenções propostas são direcionadas desde a população total, através de intervenções de promoção da saúde sobre os determinantes sociais da saúde intermediários em um primeiro nível de cuidado, até às subpopulações com condições crônicas muito complexas de saúde já estabelecidas que exigem processo terapêutico particularizado no último nível (MENDES, 2012).

Figura 5. Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Fonte: Mendes, 2012.

Na medida em que as intervenções vão alcançando níveis mais elevados, a relação entre o autocuidado e a atenção profissional vai se modificando, tornando-se a abordagem profissional cada vez mais fundamental. Contudo, mesmo no último nível, o componente autocuidado é parte indispensável tanto na construção e na proposição quanto na execução do projeto terapêutico.

A baixa autonomia dos usuários e a falta de vínculo com as equipes de saúde são desafios que então colocado em todos os níveis, que podem ser superadas a partir do desenvolvimento de tecnologias de autocuidado apoiado, por meio de intervenções individuais e coletivas destinadas à promoção do empoderamento das pessoas e permitindo o compartilhamento do cuidado entre a equipe e o usuário (MENDES, 2012), atividades que são melhores desenvolvidas no âmbito da APS/ESF.

2.9 A MORTALIDADE PREMATURA

Os indicadores de mortalidade permitem avaliar os efeitos do sistema de saúde sobre a qualidade de vida população. A taxa de mortalidade prematura é um indicador definido no Brasil como os óbitos ocorridos entre indivíduos dos 30 aos 69 anos que tiveram como causa as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A expansão da APS, em especial da ESF a partir dos anos 1990, pode explicar a redução aproximada de 20,0% nas taxas de mortalidade pelas DCNT no período de 2000 a 2010; mesmo que estas ainda estejam elevadas (BRASIL, 2011a).

O trabalho em equipe na ESF não se constitui em um processo trivial e deve ser capaz de atuar também sobre os fatores de risco modificáveis e de reduzir a probabilidade de ocorrência de doenças ou agravos à situação de saúde.

As transformações advindas do mundo moderno, a globalização da economia e da sociedade, a transição epidemiológica e a mudança das práticas em saúde e dos hábitos de vida impõem a cada profissional necessidade de capacitação permanente. Frente à magnitude e à complexidade do enfrentamento das DCNT, essa qualificação deve ir além do treinamento de habilidades ou aquisição de informações, ante a imprescindibilidade da produção de saberes compartilhados, do desenvolvimento da consciência crítica-reflexiva e do compromisso pessoal e profissional com o objetivo de transformar a realidade da coletividade.

Identificando e interferindo mais precocemente nas doenças estabelecidas, nos fatores de risco e agravos, a ESF busca viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de

qualidade e resolutivos. Por sua vez, o desenvolvimento de ações educativas interfere diretamente no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia e na promoção do autocuidado pela qualidade de vida, e representa uma alternativa mais efetiva para o enfrentamento e redução da morbimortalidade, incluindo a redução da MP.

Apesar de a literatura acerca da MP ainda ser escassa na área da saúde pública, nos últimos cinco anos, tendo em vista os custos sociais e econômicos advindos das DCNT (OLIVEIRA; SANTOS; SILVA, 2004) e a necessidade de se compreender melhor sua frequência, bem como comportamentos e fatores de risco, o número de publicações vem aumentando, mesmo que algumas dessas publicações não enfoquem na MP como ela é conceituada pelo Ministério da Saúde, podendo ser delimitadas outras faixas etárias e outros grupos de doenças, a depender do objetivo do estudo.

Alguns estudos podem ser realizados para relacionar o impacto social e econômico de mortes prematuras pela perspectiva da epidemiologia, a partir das estimativas dos anos de vida potencialmente perdidos (AVPP), que expressa a diferença entre a esperança de vida ao nascer em determinado local e a idade em que ocorreu o óbito (SANTANA et al., 2007). Estes são particularmente úteis para avaliar o estado de saúde das populações, pois permitem compreender de forma mais integral como as doenças e as circunstâncias afetam a mortalidade em idades precoces, a expectativa de vida e capacidade laboral de uma população (ALONSO; SEUC; PÉREZ, 2003).

Menos comuns são análises que reflitam sobre as determinações da mortalidade prematura, em especial aquelas relacionadas às DCNT por sua importante dimensão sobre a mortalidade geral da população, particularmente aquelas que venham relacionar a MP com a expansão da cobertura pelas equipes da ESF.

A mortalidade é um importante indicador de resultado para avaliar saúde de uma população, e a prevenção da mortalidade prematura (MP) é uma meta importante para a saúde pública (ONYEKA et al., 2015).

Não há um padrão definido para a determinação dos AVPP, podendo o limite da vida definido para o cálculo ser igual à esperança de vida ao nascer para aquela população, ou limites acima ou abaixo desta. Como exemplo, na Global Burden of Disease (GBD) se tomou como padrão a esperança de vida nacional do Japão, a mais alta do mundo (ALONSO; SEUC; PÉREZ, 2003).

Acrescente-se como dificuldade para apuração dos AVPP as iniquidades dentro de um país existentes entre as populações (MUSAYÓN-OBLITAS; DE LA CRUZ, 2016). Na Zâmbia, país onde a expectativa de vida em 2010 foi estimada em 50,8 anos, a MP foi definida

como a morte que ocorre entre 15 e 60 anos. Sua redução é considerada fator essencial para o desenvolvimento do país. Neste país, a carga consideravelmente alta de mortalidade prematura não é atribuível a DCNT, mas a doenças infectocontagiosas como a tuberculose (25,0%), a malária (17,0%) e o HIV/AIDS (12,0%) (RATHOD et al., 2016).

Embora nos países de média e baixa renda ainda exista preocupação com doenças infectocontagiosas, a preocupação central da saúde na maioria dos países são as DCNT, em especial as doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias, doenças respiratórias (DR) e hepáticas, devido ao constante aumento de sua carga na população (LOTUFO, 2015).

As DCNT representam a maior causa de morte no mundo. Dentre as quais, ressalta-se que as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes, quando tomadas em conjunto, representam 82,6% dos óbitos por DCNT em 2012 (MINASI; CURADO, 2016).

Uma pesquisa realizada no México por Rodríguez-Abrego et al. (2007) identifica a diabetes mellitus como a enfermidade com maior carga para a saúde do país, respondendo por 13,0% dos anos perdidos por morte prematura, que, juntamente com a cardiopatia isquêmica e as doenças cerebrovasculares, seriam responsáveis pela maior proporção de anos de vida saudáveis perdidos.

Musayón-Oblitas e De La Cruz (2016) concluíram que, no Peru, um terço dos óbitos foram associados ao consumo de bebidas alcoólicas. A causa específica que gera maior quantidade de AVPP entre homens de 30 a 69 anos por consumo de álcool prolongado é a cirrose hepática. Já as doenças não transmissíveis vinculadas ao consumo de álcool afetam tanto homens como mulheres.

Em estudo realizado por Shiels et al. (2017), foi elucidado que os brancos americanos de baixa escolaridade morreram em ritmo incomum e a taxa de mortalidade atual desse grupo foi mais alta do que a observada no início do século.

Na Rússia, foi descrito que o risco de morte entre homens russos com menos de 55 anos pode aumentar mais que dobro devido ao consumo excessivo de vodka que, associada ao uso de tabaco, seria o principal fator de risco de doenças como câncer de garganta, câncer de fígado, pancreatite, doenças hepáticas, além de acidentes, suicídio, entre outras (ZARIDZE et al., 2009).

Rasella et al. (2014) descreveram que a doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade entre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e é responsável por 30,0% de todas as mortes globais, constituindo um grande e crescente peso nos países de baixa e média renda.

É importante também destacar o estudo de Stringhini et al. (2017), no qual especialistas afirmam que “O baixo nível socioeconômico é um dos mais fortes indicadores de morbidade e MP em todo o mundo” (p. 1229, tradução nossa).

No Chile, Sánchez; Albala; Lera (2005) demonstraram, conforme observado na Tabela 2, que o quintil mais pobre da população apresentava, com exceção das neoplasias, razões de AVPP maiores para todos os grupos estudados em relação ao quintil mais rico.

Tabela 2. Razão 20/20 (quintil I/ quintil IV) dos AVPP/1.000 hab. por grupos de causas, Santiago, Chile, (94-96 / 99-01).

Grupos selecionados	94-96	99-01
Infeciosas	1,48	1,72
Tumorais	0,96	0,82
Endócrinas	1,14	1,82
Mentais	2,16	1,96
Sistema nervoso	1,02	0,93
Cardiovasculares	1,18	1,25
Respiratórias	1,58	1,54
Digestivas	2,31	2,14
Gênito-urinário	1,48	1,61
Traumáticas	1,82	2,19

Fonte: SÁNCHEZ; ALBALA; LERA, 2005.

Comportamento semelhante foi descrito por Miqueleiz et al. (2016), que observaram que a taxa de mortalidade na população de Navarra, na Espanha, mostrou uma relação inversa com o bem-estar material, com exceção de alguns de tipos de câncer. O que levou a província a constituir um plano de saúde no qual se fizesse necessário conhecer as desigualdades segundo as variáveis de bem-estar material para a redução da MP, de modo a alcançar a equidade nos resultados em saúde.

A situação de saúde em estudo cubano de Astrain; Pría; Ramos (1998) é descrita como o resultado da construção histórica de sua sociedade que, no entanto, apresentam comportamentos desiguais nos diferentes grupos populacionais devido a diferentes condições de vida. No mesmo ensaio, observou-se que a MP apresentava resultados maiores para todas as causas, exceto para cardiopatias, bronquites, enfisema e asma, nas localidades com piores condições de vida, quadro que exige respostas sociais em saúde que levem em consideração estas diferenças, quando se deseja enfrentar as iniquidades em saúde.

Em 2014, quase 25,0% dos óbitos ocorridos em pessoas com menos de 74 anos na Inglaterra e no País de Gales eram mortes evitáveis que mostraram fortes disparidades regionais, não explicáveis por diferenças epidemiológicas apenas (THE LANCET, 2016).

Esses achados corroboram com estudos publicados no Brasil, que relacionam a mortalidade por doenças cardiovasculares com as desigualdades socioeconômicas do país.

Foi demonstrada correlação negativa entre DCV e renda/escolaridade e correlação positiva entre pobreza e condições de moradia em estudo de óbitos de pessoas entre 35 e 64 anos residentes de áreas urbanas. Assim como a renda e a educação explicava uma variação de 40,0% na mortalidade por DCV entre o pior e melhor quartil em São José do Rio Preto (SP), também foi descrito um padrão espacial fortemente associado ao fator socioeconômico na distribuição da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Rio de Janeiro (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008, p. 410-411).

Kontopantelis et al. (2015), investigando a relação entre a qualidade da atenção primária estimulada pelo pagamento por desempenho e a mortalidade prematura no Reino Unido, concluíram que as melhorias percebidas no desempenho dos *General Practitioners* (GP) não estavam associadas à redução nas taxas de MP, ainda que características do território, padrões socioeconômicos e local de moradia tivessem maior impacto na MP que a qualidade da assistência médica prestada.

Baker (2016) e Fleercroft (2015) realizaram estudos nos quais procuraram identificar as causas principais da MP e relacionar os seus fatores de risco na Inglaterra. Em pesquisa investigativa na Inglaterra entre 2006 e 2010, para avaliar a influência da intervenção da APS na variação da MP (menores de 75 anos), foi observado que a carência, o tabagismo e o diabetes estavam associados positivamente com a MP. De forma inversa, a detecção da hipertensão e a capacidade de obter uma consulta em até 48 horas foram associadas com menores taxas de mortalidade, mas com pequenas e inconsistentes relações (BAKER, 2016).

Fleercroft (2015), com objetivo de avaliar a relação entre a redução na mortalidade com os desempenhos dos cuidados primários em saúde nos anos de 2006-2007 a 2011-2012, observou a redução das taxas de mortalidade por todas as causas e por causas específicas durante o período. No entanto, a qualidade geral do atendimento, medida pelo desempenho dos indicadores do *Quality and Outcomes Framework* (QOF), não foi associada às taxas de mortalidade. Já as maiores taxas de mortalidade foram associadas com maior carência, concluindo que a obtenção de indicadores de qualidade não pareceu resultar em menor incidência de morte prematura na população.

Portela (2014) pondera que, apesar de evidência indicativa de baixo impacto na melhoria dos resultados, a QOF tem evoluído com foco nos processos e nos resultados do cuidado, e considera que a padronização baseada em evidências é necessária para a melhoria do cuidado à saúde.

A OMS destaca em seu relatório global sobre o estado das doenças não transmissíveis, que deveriam ser colocadas imediatamente em prática ações mais custo-efetivas na redução dessas doenças, tais como: redução do uso do tabaco e do álcool, redução do uso de sal, redução da obesidade, promoção de atividades físicas, tratamento do tabagismo e alcoolismo, subsídios para alimentos saudáveis, incentivo a um trânsito mais gentil, e promoção de ambientes saudáveis, informação nutricional e aconselhamento em atenção à saúde (MENDES, 2012).

A OMS, em 2013, estabeleceu em seu Plano Global para o enfrentamento das DNCT, que os países deveriam reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos de idade) por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas em 25,0% até 2025, tendo como referência o ano de 2010 (ALVES; MORAES NETO, 2015). A avaliação dos resultados nacionais quanto à tendência de cumprimento da meta passou a ser monitorada no Observatório Global de Saúde (WHO, 2020b).

O indicador Taxa de Mortalidade por DCNT padronizada por idade (por 100 mil habitantes) estabelece a probabilidade de morrer na faixa etária de 30 a 69 anos pelos quatro principais grupos de DCNT (Neoplasias: C00-C97, Diabetes: E10-E14, Doenças Cardiovasculares: I00-I99 e Doenças Respiratórias Crônicas: J30-J98) (WHO, 2020c). O cálculo é feito para cada faixa etária (30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64 e 65-69 anos), dividindo-se o total de mortes na faixa etária pelos quatro grupos de causas de DCNT pela população total na mesma faixa etária. A média ponderada dos resultados de cada grupo define a probabilidade de morrer entre os 30 e 69 anos (WHO, 2014).

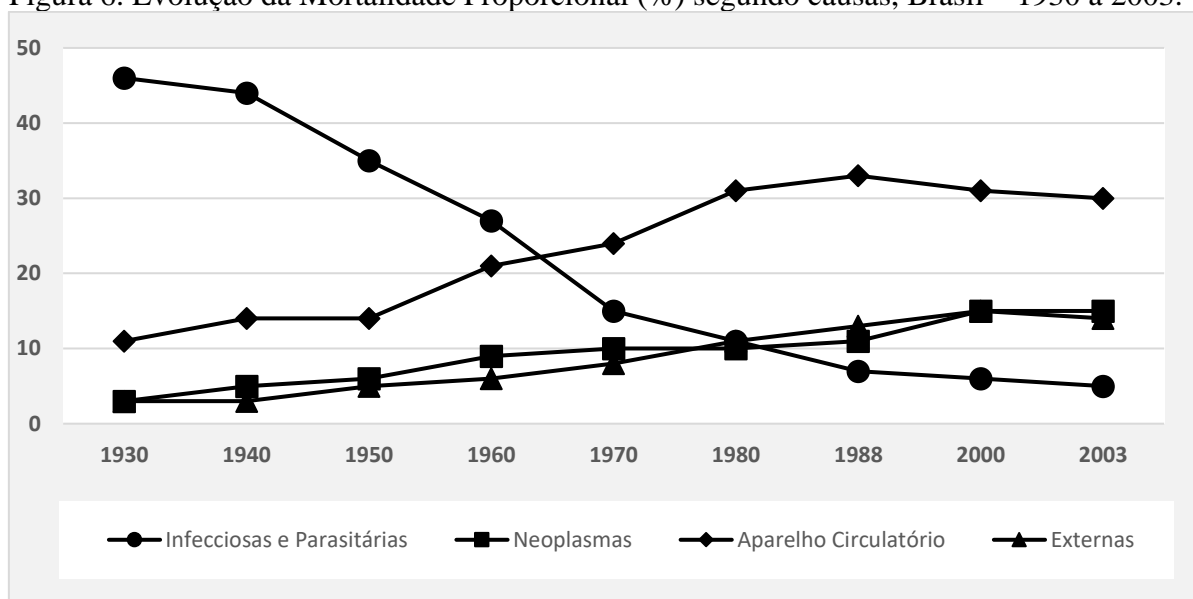
Os dados dispostos no observatório global, referentes ao ano 2016, demonstram grande variedade entre os resultados nacionais, com os melhores resultados encontrados no Japão (242,5) e Singapura (247,8) e resultados bem inferiores em Costa do Marfim (944,9) e Serra Leoa (985,7), nas últimas colocações. O resultado apurado no painel para o Brasil (452,0), coloca o país em uma posição abaixo da média mundial. Já entre os 12 países da América do Sul, o Brasil fica na 6ª colocação, após Chile (379,6), Argentina (424,8), Equador (405,1), Peru (414,7), Uruguai (436,8), e a frente da Colômbia (463,0), Venezuela (474,0) Bolívia (495,1), Paraguai (506,2), Suriname (616,7) e Guiana (831,6) (WHO, 2020d).

2.9.1 A mortalidade prematura no Brasil

O cenário epidemiológico brasileiro é bastante complexo. Durante muitos anos, no Brasil predominaram os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, características de países onde parte da população está sujeita a condições inadequadas de moradia, higiene e saneamento (SCHRAMM et al., 2004).

Como se pode observar na Figura 6, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por aproximadamente 46,0% de todas as mortes ocorridas em capitais brasileiras, enquanto as doenças cardiovasculares representavam cerca de 11,0%. A partir de então, devido à transição epidemiológica, acentuada pela queda de fecundidade, aumento no número de idosos e mudanças nos hábitos alimentares, pôde-se observar uma inversão na preponderância de cada uma delas, fazendo com que, em 2003, as doenças infecciosas respondessem por apenas 5,0% do total dos óbitos ao passo que as doenças cardiovasculares já representavam cerca de 30,0% (BARBOSA, 2003; BRASIL, 2005).

Figura 6. Evolução da Mortalidade Proporcional (%) segundo causas, Brasil – 1930 a 2003.



Fonte: Barbosa et al, 2003, in Epidemiologia & Saúde, Rouquayrol, M.Z e Almeida F.N.

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, que em 1940 representavam 14,5% e 3,9% do total de óbitos, passaram para 33,5% e 11,9% em 1986, respectivamente (ARAÚJO, 2012). Quando examinadas em conjunto, as DCNT possuem representação muito mais expressiva no total de óbitos, tendo aumentado mais de três vezes desde 1930, alcançando 72,0% em 2007 no Brasil e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 63,0% de todos

os óbitos do mundo, tornando-as um dos principais problemas de saúde, especialmente nos países de baixa renda (ALVES; MORAES NETO, 2015; PARANÁ, 2017).

No Brasil, em 2003, as doenças cardiovasculares representaram 31,0% e as neoplasias, 15,0% dos óbitos por causas conhecidas, demonstrando a magnitude das DCNT (MALTA et al., 2006), que em conjunto foram responsáveis por 59,0% dos anos de vida perdidos por morte prematura, por 74,7% dos anos de vida vividos com incapacidade e por 66,3% de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (SCHRAMM et al., 2004). Desde então, os percentuais de participação de cada grupo de causas têm se mantido relativamente estáveis no país.

A Tabela 3 permite visualizar a evolução desigual das taxas de MP no Brasil e nas 26 unidades da federação (UF). Em 12 UF e no Brasil, a taxa de MP reduziu ao longo do período, ao passo que nas outras 11 UF as taxas aumentaram.

Ainda que o estado do Rio de Janeiro tenha apresentado redução significativa, de 464,2 em 2000 para 383,3 em 2017, manteve-se como a UF com mais elevado valor. Destaque positivo para o Distrito Federal que apresentava a 17ª taxa mais elevada no ano 2000 e passou a ocupar a segunda melhor posição em 2017. Por outro lado, o Maranhão, que em 2000 apresentava a menor taxa (152,4) entre as UF, apresentou elevação importante no período, ocupando a 14ª taxa (275,6) em 2017.

O Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) é um estudo de coorte multicêntrico com adultos de 35 a 74 anos que acompanha 15.105 servidores públicos do país. Mesmo sem ter visado a representatividade da população brasileira, a amostra contempla grande diversidade étnica e cultural oriunda das regiões Sul, Sudeste e Nordeste, e pode espelhar a realidade brasileira quanto à prevalência de fatores de risco para as DCNT (DUNCAN, 2012).

Na análise, foram observados que percentuais representativos dos participantes se enquadravam em grupos a apresentarem fatores de risco e prevalência de condições e doenças crônicas, a saber: fumantes – 13,1%; bebedores excessivos – 7,5%; sedentários – 76,9%; obesos – 22,9%; hipertensos – 36,1%; diabéticos – 8,8%; história de infarto do miocárdio – 1,8%; história de acidente vascular cerebral - 1,3%; câncer – 4,6%; e doença pulmonar obstrutiva crônica – 2,0% (DUNCAN, 2012).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018), no Brasil entre 2010 e 2019 foram incluídos em média 914 mil novos idosos (acima de 60 anos) por ano, elevando a expectativa de vida do brasileiro.

Tabela 3. Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, nas unidades da federação brasileiras, 2000 e 2017.

Posição	2000		2017	
	UF	Taxa	UF	Taxa
26°	Rio de Janeiro	464,2	Rio de Janeiro	383,3
25°	Rio Grande do Sul	454,4	Rio Grande do Sul	349,5
24°	Paraná	410,4	Pernambuco	332,5
23°	São Paulo	399,6	Alagoas	326,7
22°	Mato Grosso do Sul	355,3	São Paulo	320,6
21°	Pernambuco	348,6	Mato Grosso do Sul	316,7
20°	Santa Catarina	343,6	Paraná	316,5
19°	Espírito Santo	332,6	Santa Catarina	295,8
18°	Minas Gerais	330,7	Goiás	290,0
17°	Distrito Federal	302,8	Espírito Santo	288,7
16°	Goiás	301,7	Piauí	280,9
15°	Mato Grosso	300,9	Minas Gerais	279,7
14°	Roraima	268,8	Maranhão	275,6
13°	Alagoas	265,5	Mato Grosso	273,1
12°	Rondônia	254,7	Ceará	271,1
11°	Bahia	245,6	Tocantins	271,1
10°	Sergipe	239,0	Roraima	265,4
9°	Ceará	225,1	Sergipe	264,8
8°	Piauí	215,7	Rio Grande do Norte	262,6
7°	Rio Grande do Norte	215,2	Acre	251,8
6°	Acre	213,4	Bahia	238,8
5°	Amazonas	205,3	Rondônia	233,1
4°	Tocantins	195,8	Pará	232,4
3°	Amapá	195,6	Amazonas	215,5
2°	Pará	185,6	Distrito Federal	213,4
1°	Maranhão	152,4	Amapá	210,4
-	Brasil	342,9	Brasil	300,7

Fonte: Departamento de Informática do SUS – DATASUS (dados demográficos); Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) – Painel de Monitoramento da Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT.

Legenda: UF-Unidade da Federação.

Atualmente, a população acima de 60 anos representa cerca de 13,8% da população total no Brasil, com 29,1 milhões de idosos, sendo estimado que esse grupo em 2030 representará cerca de 18,7% da população total, contando com 42,1 milhões idosos. Alcançará 73,5 milhões em 2060, o que representará 32,2% da população (IBGE, 2018). Trata-se de um dado relevante para as configurações das políticas públicas de saúde, tornando-se necessária a reestruturação e a adequação dos serviços de saúde de forma a contemplar essa nova realidade que vai se evidenciando e se consolidando com o passar dos anos, exigindo abordagens que se iniciam nas ações promocionais e preventivas sobre os determinantes sociais do adoecimento, pouco

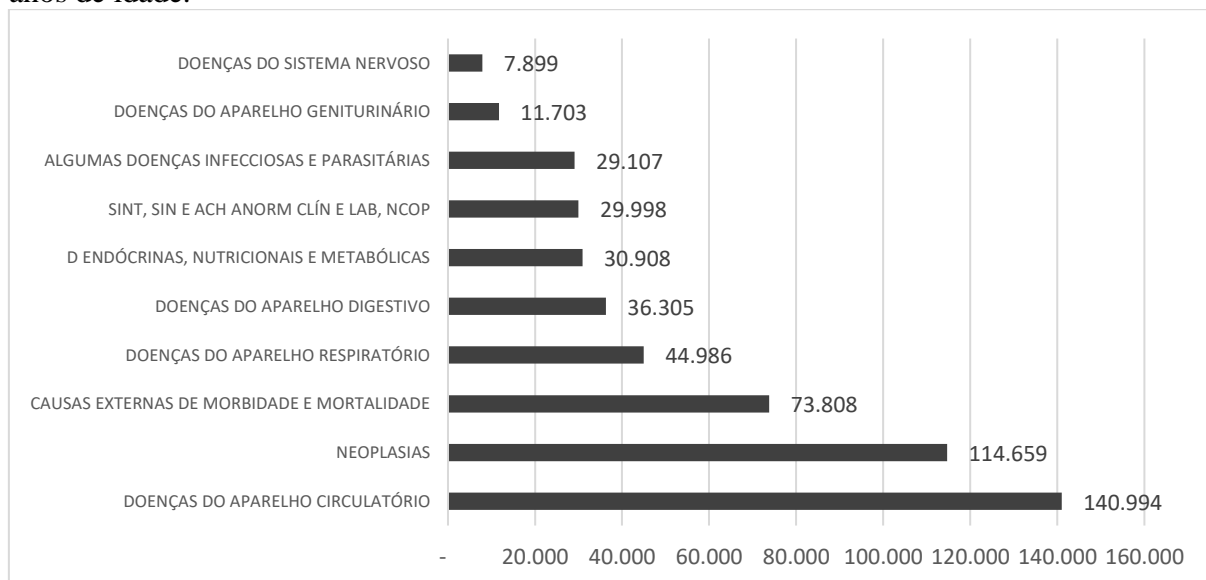
valorizados nas ações implementadas nos países centrais (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008).

Segundo Souza e Peixoto (2017), em estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, entre 2000 e 2013: “Observou-se maiores reduções dos gastos entre crianças, idosos e mulheres; no entanto, chama a atenção a persistência da elevada proporção desses gastos atribuída às doenças cardiovasculares”, o que se soma à importância da intervenção com foco prioritário nas doenças cardiovasculares (p. 1).

As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus foram as principais DCNT, respondendo, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (ALVES, 2014).

A Figura 7 mostra o número de óbitos entre 30 e 69 anos ocorridos nos anos de 2000 e 2016 no Brasil pelo conjunto das 10 causas principais, que representam 96,9% de todos os óbitos na faixa etária. Importante observar o peso relativo da neoplasia e doenças do aparelho circulatório, que juntas representam 47,6% do total de óbitos para a faixa etária, somando 255.653 óbitos.

Figura 7. Número de óbitos no Brasil, por residência em 2000 e 2016 em pessoas de 30 a 69 anos de idade.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

No Paraná foi possível observar a redução da MP por DCNT entre os homens de 473,9/100 mil para 415,8/100 mil e, entre as mulheres, de 341,9/100 mil passando para 284,2/100 mil, entre 2002 e 2012. O total de mortes na faixa de 30 a 69 anos em homens e

mulheres passou de 406/100 mil em 2002 para 345/100 mil, representando uma redução de 63,2% para 57,9% dos óbitos por DCNT na população de 30 a 69 anos em relação ao conjunto de todas as causas (PARANÁ, 2017).

Minasi e Curado (2016), em estudo realizado em Brasília, Campo Grande, Cuiabá e Goiânia, identificaram que, para os óbitos de adultos acima dos 40 anos, ocorridos entre 1996 a 2011, o infarto agudo do miocárdio foi a causa mais comum com 37,3%. A segunda causa de foi o acidente vascular cerebral (AVC), com 20,2%; seguido por doença isquêmica crônica, com 13,1%; doença cardíaca isquêmica, com 9,0%; e hipertensão arterial, com 6,5%. Identificaram também os principais fatores de risco para as doenças crônicas, a saber: hipertensão arterial, tabagismo, hiperglicemia, inatividade física e obesidade.

Durante o século XX, o crescimento significativo da participação das DCNT no percentual de óbitos, em especial das doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes, levou a OMS aprovar, em 2000, uma Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis com ênfase nos países em desenvolvimento (WHO, 2000), prontamente adotada pelo Brasil, como se pode verificar na citação de Alves (2014).

Em resposta ao apelo mundial para o controle das DCNT, o Brasil deu início a uma série de ações e desenvolvimento de políticas públicas com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. No ano de 2004, definiram-se indicadores de monitoramento relacionados aos fatores de risco para DCNT a serem observados por estados e municípios (ALVES, 2014, p.24.).

O Ministério da Saúde lançou em 2011, o plano para redução da taxa de mortalidade por doenças crônicas, formulado para o enfrentamento das DCNT entre 2011 e 2022. Em 2013, a OMS aprova o plano global de ação para a prevenção e controle das DCNT para o período entre 2013 e 2019, ambos os planos orientados para os quatro principais grupos e os seus principais fatores de risco (tabagismo, uso abusivo do álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) (ALVES; MORAES NETO, 2015) e, também no ano de 2013, o Brasil publicou o *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015*, que dispõe de uma lista de indicadores, visando a auxiliar os gestores dos entes federativos no processo de planejamento integrado.

Para o alcance da meta global de redução de 25,0% até o ano 2025, no Brasil a meta definida para o controle das DCNT foi a redução das taxas de MP (30 a 69 anos de idade) em 2,0% ao ano até 2022.

Na análise de tendência para o cumprimento da meta de redução da mortalidade prematura definida pelo Plano de Enfrentamento das DCNT (os quatro grupos de causas juntos),

para o sexo masculino, o Brasil mostrou uma taxa de redução média anual de -1,8% entre 2000 e 2011, e, para o sexo feminino, uma redução média anual de -1,8% nas taxas de mortalidade no mesmo período (ALVES; MORAES NETO, 2015).

No que se refere ao estado do Rio de Janeiro, houve tendência de redução anual para todas as causas nos grupos masculino e feminino. Para homens: doenças do aparelho circulatório (-2,4%), neoplasias (-1,6%), doenças respiratórias crônicas (-3,9%) e diabetes mellitus (-0,5%). Para as mulheres: doenças do aparelho circulatório (-2,3%), neoplasias (-0,7%), doenças respiratórias crônicas (-1,1%) e diabetes mellitus (-1,6%) (ALVES; MORAES NETO, 2015).

Mesmo que o cenário em alguns dos grupos, em particular quando estratificado por sexo, não tenha sido plenamente favorável no estado do Rio de Janeiro (ERJ) em relação ao alcance da meta anual de 2,0%, observa-se tendência de redução ao longo dos anos.

A Tabela 4 expressa a evolução da MP nas 10 maiores capitais brasileiras.

Tabela 4. Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, nas 10 maiores capitais brasileiras, 2000 e 2015.

Capital	2000	2015
São Paulo	415,1	322,4
Rio de Janeiro	460,5	382,5
Brasília	296,9	219,3
Salvador	370,1	266,1
Fortaleza	256,5	254,7
Belo Horizonte	372,0	252,2
Manaus	282,2	256,2
Curitiba	392,0	272,7
Recife	446,2	357,1
Porto Alegre	454,1	356,0

Fonte: Departamento de Informática do SUS – DATASUS (dados demográficos); Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) – Painel de Monitoramento da Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT.

Todas as capitais apresentaram declínio no valor da taxa de MP entre 2000 e 2015, com graus diferenciados de redução. A cidade do Rio de Janeiro, em situação similar à do ERJ, nas duas ocasiões apresenta as taxas mais elevadas de MP.

Apesar do declínio verificado das taxas de mortalidade por doença coronária e cerebrovascular, Lotufo (1998) descreveu que nas capitais brasileiras, entre 1984 e 1987, comparadas com o cenário de outros países, a participação relativa das doenças

cardiovasculares continuava sendo a mais importante entre as causas de óbito nas faixas etárias compreendida 45 aos 64 anos.

Apesar da não padronização da definição de MP ou da delimitação de um limite de vida para o cálculo dos AVPP nos diferentes países, pode-se observar que os estudos nacionais e internacionais aqui examinados, realizados em faixas etárias próximas à definida para a MP no plano nacional, sedimentam o papel preponderante das DCNT na mortalidade geral da população adulta, sejam os grupos de doenças analisados isoladamente ou em conjunto.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Mortalidade Prematura no município do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2000 e 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar dados populacionais na faixa etária entre 30 e 69 anos segmentada por sexo, área de planejamento da saúde, região administrativa e bairro.
- Calcular as taxas de mortalidade prematura pelas principais causas de óbito na cidade do Rio de Janeiro.
- Analisar a evolução temporal da Mortalidade Prematura no município do Rio de Janeiro.
- Descrever o comportamento da taxa de mortalidade prematura por áreas de planejamento segundo variáveis Índice de Desenvolvimento Social (IDS), raça/cor e cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de série temporal das taxas de mortalidade prematura (MP), na faixa etária compreendida entre 30 e 69 anos, por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no período de 2000 a 2017. As unidades de análise foram o município do Rio de Janeiro, as Áreas de Planejamento da Saúde, as Regiões Administrativas e os Bairros da cidade.

4.2 FONTES DE INFORMAÇÃO

A cidade do Rio de Janeiro, com mais de seis milhões de habitantes, é a segunda maior metrópole de país. Seu território de 1.224,56 km² é dividido em quatro regiões geográficas, usualmente conhecidas como Centro (AP 1.0), Zona Norte (AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2 e AP 3.3), Zona Sul (AP 2.1) e Zona Oeste (AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3).

A Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, com objetivo de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde criou as áreas de planejamento sanitário, também denominadas áreas programáticas. Atualmente, considerando-se a extensão e contiguidade territorial, a diversidade cultural, a matriz econômica e a concentração populacional, a cidade conta com 160 bairros, 33 regiões administrativas (RA) e 10 áreas de planejamento da saúde (AP).

As bases populacionais de referência, necessárias para o cálculo da taxa de MP, foram definidas pelos residentes das 10 coordenadorias de área de planejamento (CAP), regiões administrativas (RA) e bairros do município do Rio de Janeiro, na faixa etária compreendida entre 30 e 69, a partir dos dados produzidos pelos Censos Demográficos de 2000 e 2010.

Para a definição da população nos anos intercensitários, foram utilizados dados obtidos a partir do Tabulador de Dados na Internet (TABNET) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) – Informações em Saúde – População Residente – 2000 a 2019 – pactuada pela SES/RJ, através da deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB-RJ) n.º 5.840, de 06 de junho de 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019).

Os dados sobre mortalidade foram coletados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tendo sido disponibilizados pela Superintendência de Vigilância em Saúde do Município do

Rio de Janeiro (SVS-RJ), após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ).

Do Instituto Pereira Passos (IPP) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram obtidos os dados populacionais, e do TABNET/SES/RJ foram coletados os dados populacionais.

4.3 MÉTODO DE CÁLCULO

Foram consideradas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), para efeito de cálculo da mortalidade prematura, apenas os casos registrados nos códigos C00-C97 (neoplasias), E10-E14 (diabetes mellitus), I00-I99 (doenças cardiovasculares) e J30-J98 (doenças respiratórias crônicas) da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Sendo, no entanto, excluído o código J36 – Abscesso Periamigdaliano, por se tratar de doença causada por agente infeccioso (BRASIL, 2018b).

Para o cálculo das taxas de mortalidade prematura (Fórmula 1), foram considerados todos os indivíduos residentes da cidade do Rio de Janeiro, entre 30 e 69 anos, que foram a óbito por DCNT no período de 2000 a 2017.

$$Taxa = \frac{\text{número óbitos 30 a 69 anos por DCNT}}{\text{população residente 30 a 69 anos}} \times 100.000 \quad (1)$$

Os dados populacionais foram obtidos a partir dos Censos Demográficos de 2000 e 2010. Não se encontravam disponibilizados no IPP ou no IBGE, para os anos intercensitários, dados populacionais por faixa etária para as unidades inframunicipais (áreas de planejamento, regiões administrativas e bairros), sendo utilizado para estimação da população residente de 30 a 69 anos dessas unidades o método AiBi (ou Método de Tendência de Crescimento). Esse método é eficiente para fazer a redistribuição da população de uma área maior entre as áreas menores (CORRÊA; MYRRHA; FIGOLI, 2011).

A aplicação do método AiBi permite estimar as populações das áreas menores nos anos especificados (t) através de uma função linear da população da área maior, onde a população da área menor $P_i(t)$ é a variável resposta e a população da área maior $P(t)$ é a variável explicativa (Fórmula 4).

Para determinar os valores dos coeficientes a_i (Fórmula 2) e b_i (Fórmula 3) foram utilizadas as populações das áreas maiores e menores disponibilizadas nos Censos Demográficos de 2000 e 2010:

$$a_i = \frac{P_i(2010) - P_i(2000)}{P(2010) - P(2000)} \quad (2)$$

$$b_i = P_i(2000) - a_i \times P(2000) \quad (3)$$

$$P_i(t) = a_i \times P(t) + b_i \quad (4)$$

Onde:

a_i = coeficiente de proporcionalidade do incremento da população da área menor i em relação ao incremento da população da área maior;

b_i = coeficiente linear de correção.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Em um primeiro momento, foram calculadas as taxas de MP considerando os quatro grupos doenças que compõem o indicador para ambos os sexos, para as populações masculina e feminina, das 10 áreas programáticas e do município em cada ano examinado no estudo.

Em seguida, a análise foi ampliada calculando-se as taxas de mortalidade das 15 maiores RA e dos 25 maiores bairros do município do Rio de Janeiro, também considerando os quatro grupos de doenças e para ambos os sexos sem, no entanto, examinar em separado os sexos masculino e feminino. A análise no nível dos bairros e RA permite ampliar a comparação acerca do comportamento da MP entre territórios com maior diversidade socioeconômica que a observada no nível das AP.

Também foram calculadas as taxas de mortalidade prematura para cada grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ao nível das AP.

A análise estatística das séries temporais foi realizada com auxílio do programa R, versão 3.6.1, para interpretação do ajuste do modelo e determinação das tendências das taxas de mortalidade.

A análise da tendência das séries temporais foi realizada utilizando o modelo de regressão linear Prais-Winsten (PRAIS; WINSTEIN, 1954). A aplicação do modelo permite determinar o coeficiente angular de regressão (b), que indica tendência de crescimento ou decréscimo da série, conforme o valor encontrado seja positivo ou negativo, respectivamente. Com o erro padrão da estimativa do valor angular, foi possível calcular as variações percentuais anuais, ou Annual Percentage Changes (APC) (Fórmula 5), com seu respectivo intervalo de confiança (IC) (Fórmula 6).

$$APC = [-1 + 10^{b_1}] \times 100\% \quad (5)$$

$$EC_{95\%} = [-1 + 10^{b_{1mín.}}] \times 100\%; [-1 + 10^{b_{1máx.}}] \times 100\% \quad (6)$$

Onde:

b_1 = é o coeficiente angular e corresponde à inclinação da reta, que por ser estimado por regressão, deve ser aplicado no intervalo de confiança (IC) para definição dos valores de $b_{1mín.}$ e $b_{1máx}$ (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

Para auxiliar a interpretação e compreensão, foram utilizadas tabelas para organizar e resumir os dados, e gráficos para expressar o comportamento das taxas de mortalidade.

Foram utilizados dois tipos de gráficos: de linhas e de radar.

O gráfico de linhas foi utilizado para retratar, individualmente por AP, RA ou bairro, a sequência de valores da taxa de mortalidade prematura ao longo do tempo, permitindo acompanhar a evolução da taxa no período.

O gráfico de radar foi utilizado para comparar as variações percentuais anuais (APC) das taxas de mortalidade prematura das populações masculina e feminina, no nível das áreas de planejamento. Cada raio do radar representa uma AP e cada vértice representa a magnitude da taxa de incremento anual daquela AP em relação à linha zero, que indica ausência de variabilidade das taxas e a variação percentual anuais anual, ou taxa de incremento, do município.

Ao final, a técnica de regressão linear — no caso, múltipla por ter mais de uma variável independente no modelo —, foi aplicada com a finalidade de explicação da taxa de mortalidade prematura (variável dependente) por área programática (AP) para o ano mais recente do estudo (2017). As seguintes variáveis independentes compuseram o modelo: o Índice de Desenvolvimento Social (IDS), o percentual de pessoas de raça/etnia branca (proveniente do

Censo Demográfico 2010), o percentual de pessoas de raça/etnia preta (proveniente do Censo Demográfico 2010), e o percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (2017).

O IDS, inspirado no conhecido Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), tem por finalidade medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza, avaliadas em quatro dimensões de análise: Acesso a Saneamento Básico; Qualidade Habitacional; Grau de Escolaridade; e Disponibilidade de Renda (CAVALLIERE; LOPES, 2008).

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado, em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, conforme parecer substanciado nº 3.402.482 em 19 de junho de 2019 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), conforme parecer substanciado nº 3.496.161 em 08 de agosto de 2019.

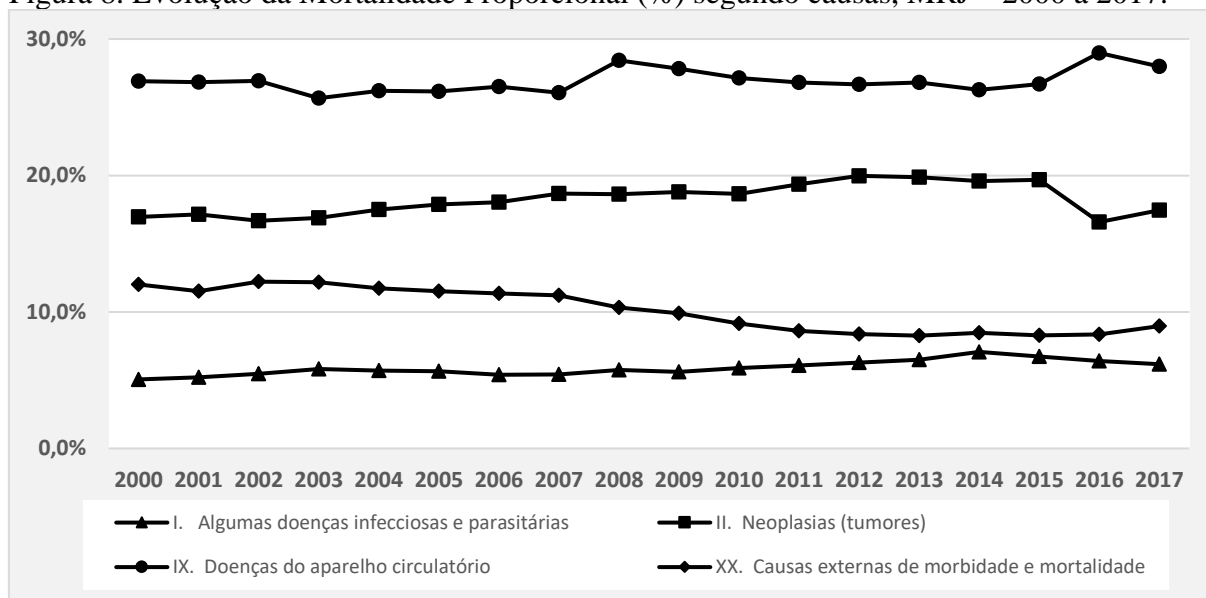
A pesquisa foi realizada utilizando-se banco de dados secundários de uso restrito da SMSRJ, que foram disponibilizados após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMJRJ) pela Superintendência de Vigilância em Saúde do Município do Rio de Janeiro (SVS-RJ), provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM).

Os dados foram utilizados apenas para os objetivos e finalidades aos quais se referem o estudo e, mesmo que não haja alusão aos nomes de usuários, encontram-se sob guarda do pesquisador, para que não haja prejuízo para as pessoas que porventura possam vir a ser identificadas.

5 RESULTADOS

De forma análoga à complexidade do cenário epidemiológico nacional, a partir do início dos anos 2000 pode-se observar uma estabilização nos percentuais de participação de cada grupo de causas de MP na mortalidade geral município do Rio de Janeiro. Observa-se na Figura 8 uma pequena redução das mortes por causas externas, saindo de 12,0% no ano 2000 para 9,0% em 2017. Como também é possível observar um discreto acréscimo de 1,1% nos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho circulatório, partindo de 5,1% em 2000 e alcançando 6,2% em 2017. As mortes prematuras por neoplasia variaram de 17,0% no ano 2000 para 19,7% em 2015, a partir de quando se observa redução e alcança 17,5% em 2017.

Figura 8. Evolução da Mortalidade Proporcional (%) segundo causas, MRJ – 2000 a 2017.



Fonte: SMS/SUBPAV/SVS/CAS/GTDV – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Apesar da expressiva expansão da ESF em toda a cidade do Rio de Janeiro de 2009 a 2017, a taxa de MP tem apresentado resultados não homogêneos em toda a cidade, com a perpetuação de taxas elevadas nas regiões mais pobres e avanço de resultados em outras regiões mais favorecidas, mesmo que em conjunto venha apresentando tendência de redução, o que indica a necessidade de melhor compreensão dessa conjuntura.

A cidade do Rio de Janeiro, conforme se observa na Tabela 5, tem mantido níveis elevados de óbitos prematuros. Em um primeiro exame, constata-se que a MP no município do Rio de Janeiro não se apresenta de forma equânime e reproduz o caráter iníquo da sociedade carioca, apesar dos investimentos empreendidos para a expansão e a consolidação da APS, apresentando taxas bastante elevadas nas regiões mais pobres da cidade, como as AP 5.3 e 5.2 e resultados melhores nas AP 2.1 e 2.2, regiões mais privilegiadas.

Tabela 5. Taxa de MP por AP do MRJ, 2000 a 2017.

Ano/AP	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AP 1.0	615,1	561,3	515,2	493,5	500,3	505,9	503,3	450,1	467,4	456,9	484,2	457,2	428,6	434,6	413,4	411,9	440,5	435,8
AP 2.1	375,6	363,3	337,1	334,6	328,7	299,2	307,3	287,7	286,3	285,7	293,0	281,8	259,2	249,6	242,2	244,7	253,8	239,9
AP 2.2	442,3	439,4	423,1	385,3	381,4	342,5	342,5	355,0	333,0	322,5	345,4	327,5	318,6	286,9	275,1	293,7	308,5	300,5
AP 3.1	447,5	437,2	411,2	399,3	415,4	406,6	394,1	378,3	398,5	396,0	391,8	384,1	377,7	358,2	361,4	393,2	420,8	403,5
AP 3.2	494,1	485,1	447,0	450,8	427,4	424,4	421,3	445,1	438,9	474,8	451,5	416,4	437,9	406,1	405,5	416,9	414,9	400,9
AP 3.3	537,1	513,8	493,9	490,2	495,9	449,5	466,3	463,9	488,9	493,2	473,8	462,9	471,0	422,8	443,2	430,6	457,0	432,8
AP 4.0	409,6	369,1	365,6	342,7	340,0	331,4	342,2	336,7	348,0	326,1	308,1	315,7	302,8	308,7	284,7	293,5	314,3	308,6
AP 5.1	464,2	453,6	424,3	402,8	406,1	388,1	401,2	398,8	452,7	458,6	461,2	462,9	441,9	415,6	428,3	442,8	463,5	429,5
AP 5.2	421,0	394,8	387,5	371,5	375,5	369,4	396,2	403,7	423,2	397,0	422,3	427,9	439,8	423,7	416,3	447,1	451,0	439,9
AP 5.3	453,0	433,1	416,9	433,8	395,7	395,9	399,9	447,5	454,0	468,1	465,4	468,4	470,3	475,8	455,6	446,7	497,0	467,1

Fonte: SMS/SUBPAV/SVS/CAS/GTDV – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Diante desse cenário, considerando o investimento empreendido na grande expansão da ESF em toda a cidade do Rio de Janeiro a partir de 2009, considerando a magnitude, o caráter multifatorial e iníquo em que se expressa a MP no MRJ, e considerando que as políticas públicas precisam ser implementadas dentro de um princípio de justiça social, com distribuição equânime dos recursos, torna-se necessário identificar as principais causas e os seus fatores de risco em cada área de planejamento para a proposição de estratégias que sejam capazes de reduzir o padrão de iniquidade e promover e ganhos em anos de vida para toda a população.

A Tabela 6 apresenta crescimento estimado da população da cidade do Rio de Janeiro após aplicado o método $A_i B_i$. Permitiu comparar, entre os anos 2000 e 2017, em valores absolutos e percentuais, o crescimento estimado de toda a população com a faixa etária que caracteriza a MP (30 a 69 anos), estratificadas por sexo por áreas de planejamento.

Foi possível constatar que, no nível municipal, o crescimento da parcela da população na faixa etária dos 30 aos 69 anos foi mais que o dobro (23,2%) que o crescimento populacional considerando todas as idades (11,3%).

Quando ajustado por sexo, observou-se um crescimento ainda mais acentuado na população masculina — 29,5%, na faixa etária dos 30 aos 69 anos —, que os 13,1% observados quando se consideram todas as idades.

Em todas as AP, exceto na AP 2.2, observou-se crescimento mais acentuado entre os homens na faixa etária dos 30 aos 69 anos.

Com 68,5%, o crescimento populacional observado na AP 4.0 na faixa etária dos 30 aos 69 anos destoou das demais áreas, correspondendo a aproximadamente o triplo do observado na cidade. Em contraposição, observou-se na AP 2.2 o menor crescimento (8,3%) considerando ambos os sexos.

As Tabelas 7, 8 e 9 mostram os resultados da análise das séries temporais para ambos os sexos e, separadamente, pelos sexos masculino e feminino por áreas programáticas e no município do Rio de Janeiro.

Tabela 6. População e crescimento populacional (em %) por área de planejamento e no município do Rio de Janeiro na faixa etária de 30 a 69 anos, e por todas as idades no município do Rio de Janeiro, 2000-2017.

Ano	Faixa etária de 30 a 69 anos											Todas as idades
Sexo	AP1.0	AP 2.1	AP2.2	AP3.1	AP3.2	AP3.3	AP4.0	AP5.1	AP5.2	AP5.3	MRJ	MRJ
2000 Total	124.540	319.724	183.115	384.599	271.825	428.037	311.988	292.537	249.878	125.169	2.691.412	5.857.904
Homem	57.343	136.668	104.837	176.248	119.706	192.590	145.214	135.591	118.069	58.557	1.218.264	2.748.143
Mulher	67.197	183.056	78.278	208.351	152.119	235.447	166.774	156.946	131.809	66.612	1.473.148	3.109.761
2017 Total	156.271	348.013	198.331	435.968	297.604	481.695	525.545	336.673	351.901	184.321	3.316.322	6.520.266
Homem	75.230	156.413	111.091	205.164	135.528	220.265	256.830	159.406	168.633	88.908	1.577.468	3.106.798
Mulher	81.041	191.600	87.240	230.804	162.076	261.430	268.715	177.267	183.268	95.413	1.738.854	3.413.468
Diferença Total	31.731	28.289	15.216	51.369	25.779	53.658	213.557	44.136	102.023	59.152	624.910	662.362
%	25,5%	8,8%	8,3%	13,4%	9,5%	12,5%	68,5%	15,1%	40,8%	47,3%	23,2%	11,3%
Diferença Homem	17.887	19.745	6.254	28.916	15.822	27.675	111.616	23.815	50.564	30.351	359.204	358.655
%	31,2%	14,4%	6,0%	16,4%	13,2%	14,4%	76,9%	17,6%	42,8%	51,8%	29,5%	13,1%
Diferença Mulher	13.844	8.544	8.962	22.453	9.957	25.983	101.941	20.321	51.459	28.801	265.706	303.707
%	20,6%	4,7%	11,4%	10,8%	6,5%	11,0%	61,1%	12,9%	39,0%	43,2%	18,0%	9,8%

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010 e estimação pelo método AiBi.

Na Tabela 7, pode-se verificar que o MRJ apresentou tendência de redução da taxa de MP para ambos os sexos, com incremento médio anual de redução (-2,09%), observando-se os maiores incrementos na AP 2.1 (-5,71%) e na AP 2.2 (-5,37%). Já a AP 5.2 apresentou tendência crescente, com incremento médio anual de acréscimo de +1,83.

Nas AP 3.1, 5.1 e 5.3, independentemente do valor do coeficiente angular de regressão ou APC encontrados, as tendências foram consideradas estacionárias devido aos resultados não serem estatisticamente significativos.

Mesmo entre as AP que apresentam tendência decrescente, foram observadas grandes distorções. O incremento médio anual de redução da AP 3.2 (-2,06%) foi quase três vezes menor que o da AP 2.1(-5,71%).

Tabela 7. Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, município do Rio de Janeiro, 2000-2017.

AP	Taxa MP 2000	Taxa MP 2017	b	APC	95% IC	Tendência
1.0	615,1	435,8	-0,0180	-4,05	(-5,39; -2,26)	Decrescente
2.1	375,6	239,9	-0,0255	-5,71	(-6,68; -4,72)	Decrescente
2.2	442,3	300,5	-0,0240	-5,37	(-7,16; -3,55)	Decrescente
3.1	447,5	403,5	-0,0061	-1,39	(-3,13; +0,38)	Estacionária
3.2	494,1	400,9	-0,0090	-2,06	(-3,29; -0,82)	Decrescente
3.3	537,1	432,8	-0,0098	-2,24	(-3,16; -1,31)	Decrescente
4.0	409,6	308,6	-0,0150	-3,40	(-4,57; -2,22)	Decrescente
5.1	464,2	429,5	-0,0003	-0,06	(-2,26; +2,18)	Estacionária
5.2	421,0	439,9	+0,0079	+1,83	(+0,58; +3,10)	Crescente
5.3	453,0	467,1	+0,0067	+1,56	(-0,07; +3,22)	Estacionária
MRJ	460,5	380,7	-0,0092	-2,09	(-3,31; -0,86)	Decrescente

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

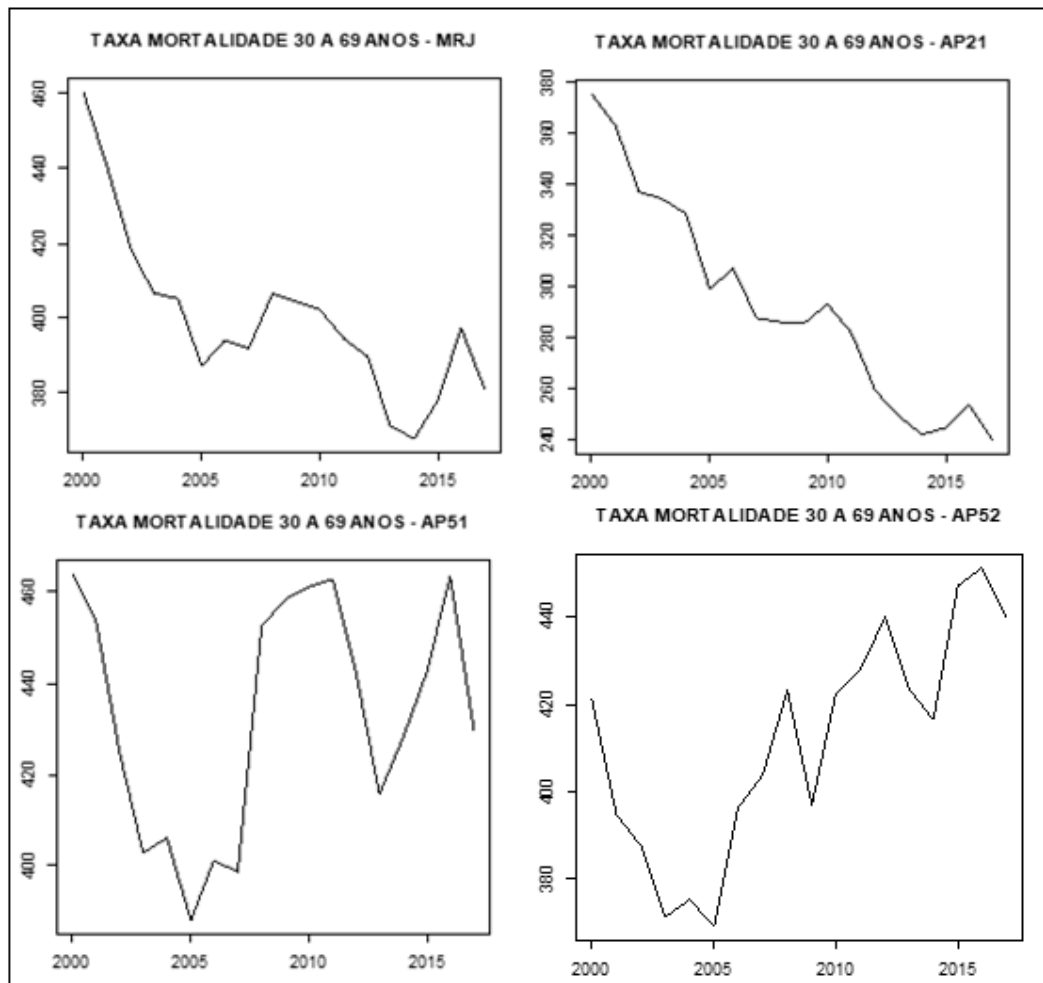
Legenda: APC- variação percentual anual.

Na Figura 9, é possível visualizar o comportamento das taxas de mortalidade prematura entre os anos de 2000 e 2017, para ambos os sexos. Apesar de as variáveis se apresentarem em diferentes escalas, é possível estabelecer comparações entre elas.

As taxas de mortalidade do MRJ e da AP 2.1 sugerem que houve uma tendência de atenuação ao longo dos anos, sendo o comportamento da taxa da AP 2.1 mais regular que o do MRJ. As taxas das AP 5.1 e 5.2, apontaram, respectivamente, para tendências de estacionariedade e majoração das taxas de mortalidade prematura com o passar dos anos.

Em relação às taxas de MP da população masculina dispostas na Tabela 8, a análise mostrou tendência estacionária nas AP 5.1, 5.2 e 5.3. Não foram observadas tendência de crescimento das taxas e os maiores incrementos médios anuais de redução foram observados na AP 2.1 (-6,56%) e na AP 2.2 (-5,83%). A tendência de redução da taxa de MP masculina apresentada para o MRJ foi de -2,96%.

Figura 9. Evolução das taxas de mortalidade prematura no MRJ e AP 2.1, 5.1 e 5.2, entre os anos de 2000 e 2017.



Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Tabela 8. Mortalidade prematura masculina, 30 a 69 anos, município do Rio de Janeiro, 2000-2017.

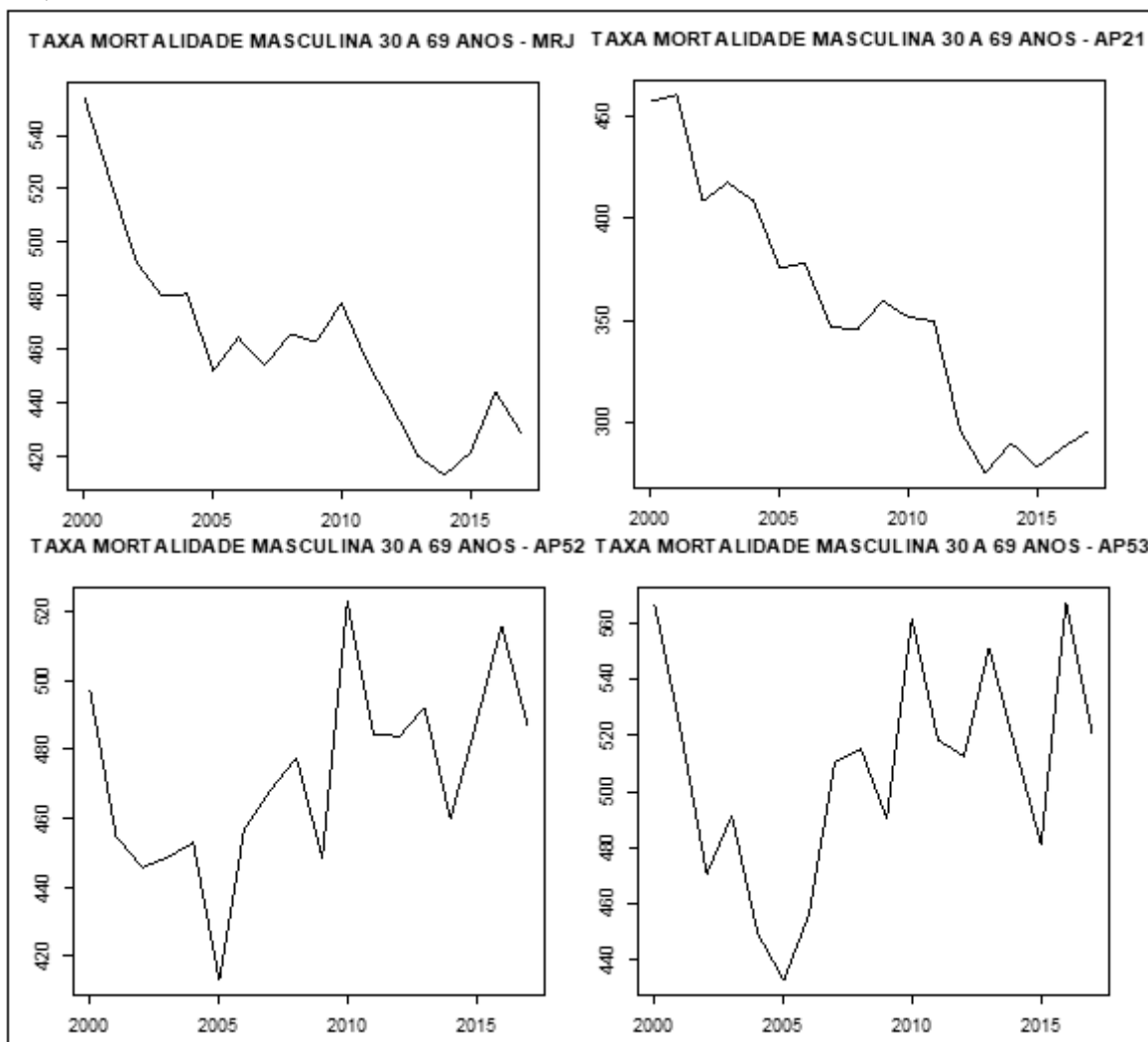
AP	Taxa MP 2000	Taxa MP 2017	b	APC	95% IC	Tendência
1.0	713,2	482,5	-0,0215	-4,82	(-6,40; -3,22)	Decrescente
2.1	457,1	295,4	-0,0295	-6,56	(-7,92; -5,18)	Decrescente
2.2	431,1	272,7	-0,0261	-5,83	(-7,64; -3,98)	Decrescente
3.1	527,1	482,5	-0,0078	-1,79	(-3,45; -0,57)	Decrescente
3.2	644,1	462,6	-0,0155	-3,51	(-4,84; -2,17)	Decrescente
3.3	688,5	493,0	-0,0148	-3,35	(-4,44; -2,24)	Decrescente
4.0	494,4	332,9	-0,0195	-4,39	(-5,68; -3,09)	Decrescente
5.1	553,9	496,2	-0,0030	-0,70	(-2,51; +1,14)	Estacionária
5.2	497,2	486,9	+0,0056	+1,31	(+1,19; +2,43)	Estacionária
5.3	567,0	520,8	+0,0036	+0,83	(-1,27; +2,98)	Estacionária
MRJ	554,3	428,6	-0,0131	-2,96	(-4,21; -1,70)	Decrescente

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Legenda: APC – variação percentual anual.

A Figura 10 permite visualizar os diferentes comportamentos entre taxas de mortalidade prematura masculina entre os anos de 2000 e 2017 nas AP 2.1 e no MRJ, sugestivas de decréscimo, e as AP 5.2 e 5.3, que indicaram tendência de estacionariedade. Observam-se também diferentes escalas entre as variáveis.

Figura 10. Evolução das taxas de mortalidade prematura masculina no MRJ e AP 2.1, 5.2 e 5.3, entre os anos de 2000 e 2017.



Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Em relação ao sexo feminino, na Tabela 9 pode-se observar uma tendência de decréscimo da taxa de MP no nível municipal, com um incremento médio anual de redução de -1,06%. Os melhores cenários foram observados nas AP 2.1 e AP 2.2, com incremento médio anual de redução de -5,22% e -4,95%, respectivamente. Os cenários mais desfavoráveis foram observados nas AP 5.3 e 5.2, com incremento médio anual de acréscimo de +1,63 e +1,24, respectivamente. Pôde-se, ainda, observar tendência estacionária nas AP 3.1, 3.2, 3.3 e 5.1.

Tabela 9. Mortalidade prematura feminina, 30 a 69 anos, município do Rio de Janeiro, 2000-2017.

AP	Taxa MP 2000	Taxa MP 2017	B	APC	95% IC	Tendência
1.0	528,3	392,4	-0,0139	-3,15	(-4,88; -1,39)	Decrescente
2.1	314,1	194,7	-0,0233	-5,22	(-6,04; -4,39)	Decrescente
2.2	456,1	335,9	-0,0220	-4,95	(-6,70; -3,17)	Decrescente
3.1	380,1	333,2	-0,0040	-0,93	(-2,70; +0,88)	Estacionária
3.2	375,4	349,2	-0,0014	-0,33	(-1,66; +1,02)	Estacionária
3.3	413,3	382,1	-0,0040	-0,91	(-1,75; -0,07)	Estacionária
4.0	335,2	285,4	-0,0099	-2,26	(-3,50; -1,01)	Decrescente
5.1	386,8	369,5	+0,0058	+1,35	(-1,12; +3,89)	Estacionária
5.2	352,8	396,7	+0,0123	+2,88	(+1,24; +4,55)	Crescente
5.3	352,8	417,1	+0,0121	+2,84	(+1,63; +4,05)	Crescente
MRJ	379,4	337,3	-0,0046	-1,06	(-2,25; +0,15)	Decrescente

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

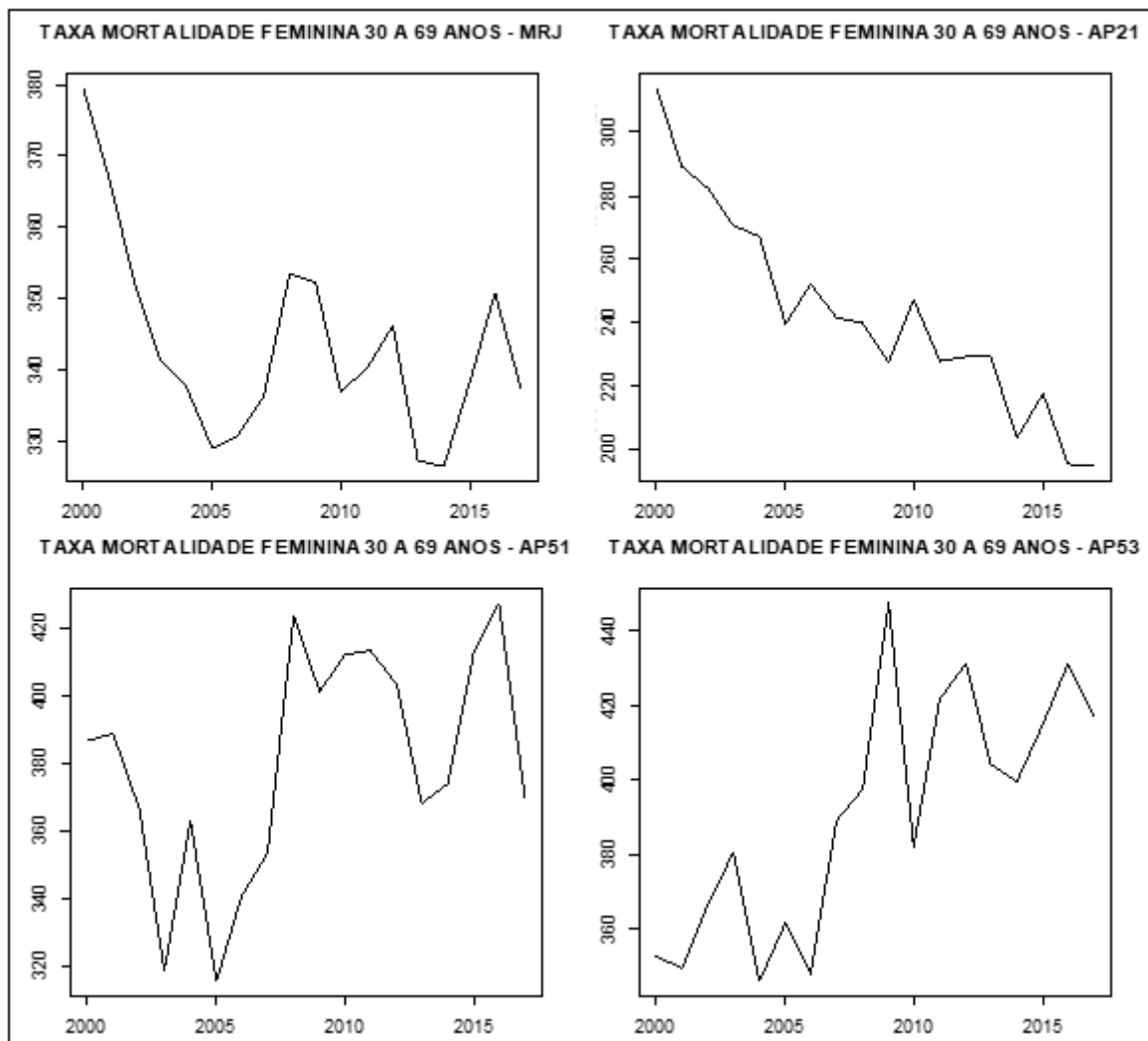
Legenda: APC – variação percentual anual.

A análise das Tabelas 8 e 9 permite verificar que, exceto em relação à AP 2.2, em todas as demais as taxas de MP feminina são menores que as masculinas. Por sua vez, no nível do município, a tendência de decréscimo da taxa de MP masculina (-2,96%) representava quase o triplo da feminina (-1,06%). Por conseguinte, ao longo do período do estudo, houve uma redução na diferença entre as taxas de mortalidade masculina e feminina. As taxas femininas ainda se apresentavam menores, mas enquanto no ano 2000 a taxa municipal feminina representava cerca de 68,4% da masculina, em 2017 o percentual sobe para 78,7%.

O comportamento das taxas se apresentava bastante desuniforme entre as AP, em especial quando comparadas após o ajuste por sexo.

Na Figura 11, é possível visualizar as diferentes tendências entre taxas de mortalidade prematura feminina entre os anos de 2000 e 2017. Neste exemplo, as diferenças de escala são observadas, porém são mais discretas, o que também indica menor variabilidade entre as mulheres. Nas AP 2.1 e no MRJ, as tendências foram sugestivas de decréscimo com comportamento mais regular na AP 2.1 e desordenado quando se observa a taxa do MRJ. Na AP 5.1 se observou tendência de estacionariedade, enquanto na AP 5.3 a curva indica crescimento da taxa.

Figura 11. Evolução das taxas de mortalidade prematura feminina no MRJ e AP 2.1, 5.1 e 5.3, entre os anos de 2000 e 2017.



Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

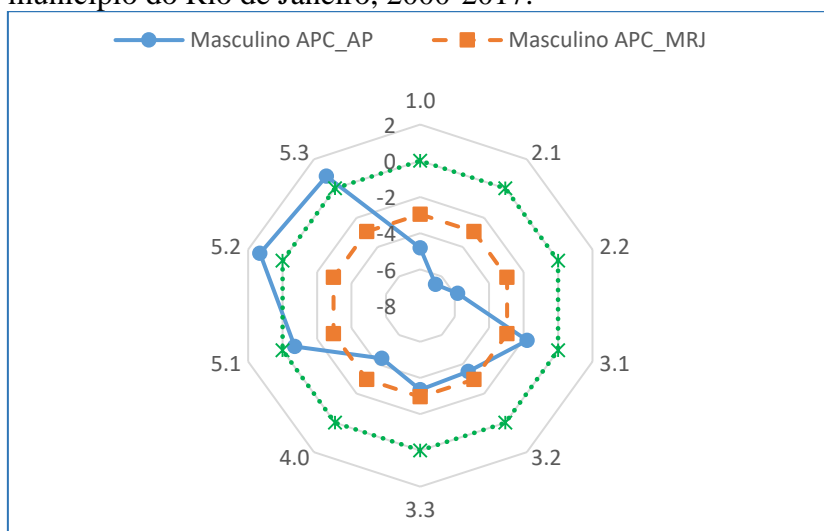
Nos Gráficos 3 e 4 a seguir, podem ser observados três aspectos para a análise: a linha que demarca a APC das AP (—●—), que indica a média anual de incremento ou declínio da taxa de MP por AP; a linha que define a APC do MRJ (—■—), que indica a média anual de incremento ou declínio da taxa de MP no MRJ; e a linha que indica o ponto zero (—*—), que sinaliza graficamente onde a tendência da taxa não é crescente ou decrescente, ou seja, não há variação significativa da taxa de mortalidade no período.

Por esse ponto de vista, conclui-se que, ao se afastar da linha que indica o ponto zero em direção ao centro, as taxas vão ganhando valores negativos enquanto aumentam o seu módulo, e que na medida em que elas crescem negativamente, a MP tende a reduzir. O efeito é

o contrário quando as taxas se afastam desta linha em direção à circunferência, indicando a elevação das taxas ao longo dos anos, situação que não é desejada.

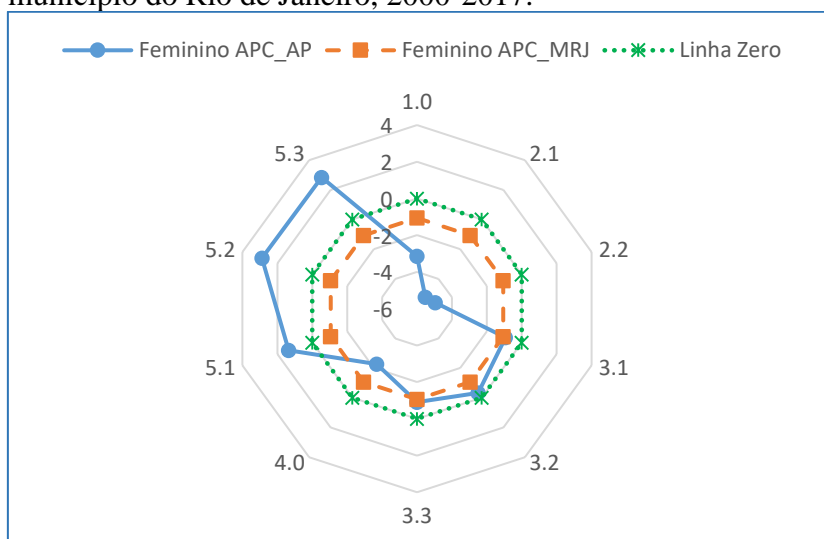
Assim, pode-se observar nos Gráficos 3 e 4 que o incremento médio anual do MRJ da taxa de MP entre os homens se posiciona bem abaixo da linha zero, já entre as mulheres eles estão bem próximos, evidenciando a maior redução da taxa masculina ao longo dos anos de estudo. Ainda assim, houve duas AP (5.2 e 5.3) que apresentaram tendência de crescimento da taxa de MP entre os homens.

Gráfico 3. Tendência anual de incrementos nas taxas de MP para o sexo masculino nas AP e município do Rio de Janeiro, 2000-2017.



Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Gráfico 4. Tendência anual de incrementos nas taxas de MP para sexo feminino, nas AP e município do Rio de Janeiro, 2000-2017.



Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Na Tabela 10, é possível observar que no MRJ não houve grandes mudanças na participação percentual dos grupos de causas de MP. As doenças do aparelho circulatório mantiveram a predominância e foram responsáveis por 49,5% no ano 2000 e 50,3% em 2017 das mortes prematuras. A segunda causa de morte, as neoplasias, foram responsáveis por 32,7% das mortes prematuras no ano 2000, elevando o percentual para 36,0% em 2017.

No entanto, entre as AP, evidenciou-se diferenças que valem destacar. No ano 2000, na AP 2.1, as mortes prematuras por neoplasias e doenças do aparelho circulatório apresentaram participação percentual bem próximas: 42,9% e 43,8%. No mesmo ano, na AP 5.3 as mortes por doenças do aparelho circulatório respondiam pelo dobro de óbitos causados pelas neoplasias, 54,1% e 26,9%, respectivamente. No ano 2017, as mortes por doenças cardiovasculares nas AP 2.1 e 2.2 superaram as causadas por neoplasias. Já na AP 5.3, o cenário é bastante diferente, com preponderância absoluta das mortes por doenças cardiovasculares.

Tabela 10. Mortalidade prematura proporcional (%) por grupo de causas de óbito, ambos os sexos, 30 a 69 anos, nos anos 2000 e 2017, no MRJ e AP.

AP	2000				2017			
	C	E	I	J	C	E	I	J
1.0	32,6	7,3	51,2	8,9	38,7	5,0	48,1	8,2
2.1	42,9	5,2	43,8	8,1	49,8	5,0	40,1	5,1
2.2	40,2	6,0	45,9	7,9	47,2	5,9	41,5	5,4
3.1	31,3	8,1	50,9	9,7	32,1	7,0	52,8	8,1
3.2	31,8	7,9	49,6	10,7	34,6	8,1	50,1	7,2
3.3	29,3	7,2	54,4	9,1	29,8	8,1	54,1	8,0
4.0	31,8	7,1	51,2	9,9	36,4	4,9	53,9	4,8
5.1	27,1	11,8	50,9	10,2	28,1	7,1	56,8	8,0
5.2	33,9	12,3	45,0	8,8	40,1	8,8	45,9	5,2
5.3	26,9	8,8	54,1	10,2	23,4	7,2	63,3	6,1
TOTAL	32,7	8,4	49,5	9,4	36,0	6,9	50,3	6,8

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Legenda: C-Neoplasias, E-Diabetes mellitus, I-Doenças do Aparelho Circulatório, J-Doenças Respiratórias Crônicas.

Nas AP 2.1 e 2.2 se observaram os maiores percentuais de óbito por neoplasia nos anos 2000, bem acima da média municipal, quadro que mantiveram em 2017, com 49,8% e 47,2%, respectivamente. Já na AP 5.3, pôde-se observar um aumento impactante no percentual de óbitos por doenças do aparelho circulatório, representando, em 2017, 63,3% de todos os óbitos prematuros da região.

Em relação à etapa da análise dos óbitos prematuros realizada entre as regiões administrativas e os bairros da cidade do Rio de Janeiro, unidades territoriais menores que apresentam, entre si, maior diversidade socioeconômica que a observada no nível das AP, pôde-se observar os seguintes resultados.

A Tabela 11 apresenta o resultado da análise estatística realizada entre as 15 maiores RA do município.

Tabela 11. Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, 2000 a 2017, por Região Administrativa do município do Rio de Janeiro.

RA	Taxa MP 2000	Taxa MP 2017	b	APC	95% IC	Tendência
Jacarepaguá	443,3	346,4	-0,0097	-2,23	(-3,46; -0,98)	Decrescente
Campo Grande	454,6	436,4	0,0019	0,44	(-0,62; +1,52)	Estacionária
Bangu	444,7	440,3	0,0009	0,20	(-1,35; +1,78)	Estacionária
Méier	257,2	186,2	-0,0144	-3,27	(-4,18; -2,35)	Decrescente
Madureira	561,3	429,0	-0,0113	-2,56	(-3,16; -1,97)	Decrescente
Santa Cruz	453,0	467,1	-0,0029	-0,67	(-2,24; +0,92)	Estacionária
Barra da Tijuca	279,3	224,3	-0,0103	-2,34	(-4,03; -0,61)	Decrescente
Realengo	497,4	411,0	-0,0030	-0,69	(-2,44; +1,08)	Estacionária
Botafogo	382,9	229,5	-0,0274	-6,11	(-7,43; -4,76)	Decrescente
Ilha do Governador	388,8	365,9	-0,0018	-0,43	(-2,09; +1,26)	Estacionária
Pavuna	430,9	448,8	0,0021	0,48	(-1,49; +2,49)	Estacionária
Irajá	619,6	446,2	-0,0162	-3,66	(-4,72; -2,58)	Decrescente
Vila Isabel	360,8	297,8	-0,0102	-2,31	(-4,00; -0,60)	Decrescente
Penha	444,9	448,0	-0,0007	-0,15	(-1,71; +1,43)	Estacionária
Tijuca	527,3	303,3	-0,0051	-1,17	(-3,37; +1,08)	Estacionária

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Legenda: APC- variação percentual anual.

A RA de Botafogo destacou-se positivamente, com maior tendência decrescente, apresentando incremento de redução médio no período, -6,11%. Por sua vez, o cenário mais desfavorável foi observado na RA da Pavuna, com 0,48% de incremento médio de acréscimo, no entanto, a tendência foi considerada estacionária por não ser estatisticamente significativa.

Dentre as oito RA que apresentaram tendência de estacionariedade, quatro localizam-se na Zona Oeste da cidade (Campo Grande, Bangu, Santa Cruz e Realengo) e as outras quatro na Zona Norte.

Na Tabela 12 são apresentados os resultados da análise estatística realizada entre os 25 maiores bairros do município do Rio de Janeiro. Entre eles, 11 apresentaram tendência decrescente, nove de estacionariedade e cinco de aumento da taxa.

As diferenças entre as tendências se acentuaram sobremaneira na análise dos bairros. O bairro da Tijuca, com o melhor resultado, expressou tendência de redução com APC de -6,63%, com pequena diferença em relação aos bairros de Botafogo (-6,58%) e Copacabana (-6,08%). Em contraposição, o bairro de Guaratiba encontrava-se com valor de APC de 13,59%, sendo acompanhado pelo bairro de Cosmos, com 5,17% de média anual de incremento de elevação da taxa.

O bairro Complexo do Alemão, com APC de 25,19%, teve sua análise realizada a partir do ano de 2006, a partir do qual se pôde observar melhor consistência na informação sobre mortalidade no bairro. Por esse motivo, a comparação direta com os demais bairros ficou prejudicada.

Na Figura 12, é possível observar a diferença de comportamento das taxas de mortalidade. Importante destacar a maior variabilidade de escala, indicando um comportamento mais heterogêneo que o observado nas AP ou no nível municipal. Enquanto a RA Botafogo e o bairro Tijuca apresentaram curvas decrescentes, sugestivas de tendência de redução da taxa de mortalidade ao longo dos anos, a curva ascendente do bairro de Guaratiba expressava possibilidade de acréscimo da taxa. Por outro lado, o gráfico com curva irregular da RA Pavuna parecia indicar tendência de estacionariedade da taxa durante o período.

Os resultados da regressão linear apontam que somente as variáveis IDS e percentual de negros conseguiram explicar estatisticamente a taxa de mortalidade prematura. De maneira inversa, quanto maior a taxa de mortalidade prematura menor o índice e, de modo direto, quanto maior a taxa maior o percentual de negros (Tabela 13). Cabe dizer que as outras variáveis não foram estatisticamente significativas.

Tabela 12. Mortalidade prematura, ambos os sexos, 30 a 69 anos, 2000 a 2017, por bairros do município do Rio de Janeiro.

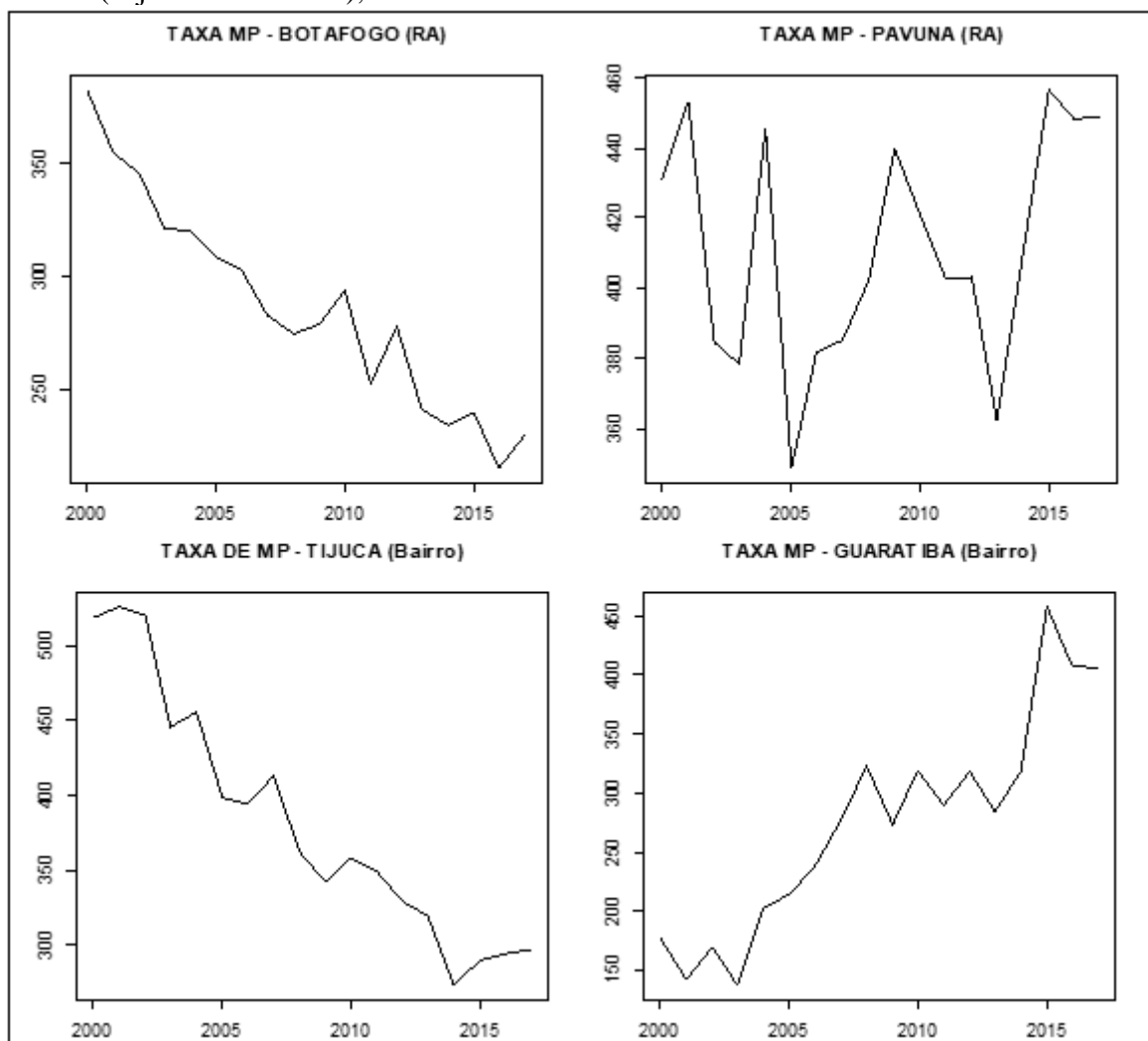
Bairro	Taxa MP 2000	Taxa MP 2017	b	APC	95% IC	Tendência
Campo Grande	567,1	436,4	0,0095	-2,16	(-3,03; -1,29)	Decrescente
Bangu	456,7	477,6	0,0037	0,86	(-1,01; +2,76)	Estacionária
Santa Cruz	485,2	472,0	0,0000	0,02	(-1,54; +1,61)	Estacionária
Realengo	508,6	404,5	0,0045	-1,02	(-2,95; +0,94)	Estacionária
Tijuca	518,9	297,1	0,0298	-6,63	(-8,80; -4,15)	Decrescente
Jacarepaguá	283,1	270,0	0,0063	1,47	(-7,38; +11,17)	Estacionária
Copacabana	409,4	272,4	0,0272	-6,08	(-8,32; -3,78)	Decrescente
Barra da Tijuca	248,7	179,3	0,0197	-4,43	(-6,48; -2,35)	Decrescente
Complexo da Maré*	167,9	207,0	0,0120	4,19	(-2,86; +11,75)	Crescente
Guaratiba	178,1	405,9	0,0553	13,59	(+9,31; +18,05)	Crescente
Senador Camará	332,0	426,3	0,0002	0,04	(-3,02; +3,20)	Estacionária
Taquara	561,8	388,0	0,0138	-3,12	(-4,54; -1,67)	Decrescente
Pavuna	431,1	378,2	0,0008	-0,18	(-2,83; +2,53)	Estacionária
Irajá	498,0	447,7	0,0029	-0,67	(-1,74; +0,41)	Estacionária
Paciência	377,5	433,9	0,0053	1,24	(-2,58; +5,21)	Estacionária
Vila Isabel	365,9	306,2	0,0163	-3,68	(-5,76; -1,56)	Decrescente
Botafogo	418,7	224,6	0,0295	-6,58	(-8,95; -4,14)	Decrescente
Recreio dos Bandeirantes	337,7	237,5	0,0039	-0,90	(-3,61; +1,89)	Estacionária
Penha	639,6	467,8	0,0210	-4,71	(-6,52; -2,88)	Decrescente
Cosmos	216,7	440,7	0,0219	5,17	(+0,90; +9,61)	Crescente
Freguesia - JCRPG	334,3	294,6	0,0109	-2,48	(-4,31; -0,61)	Decrescente
Rocinha	368,5	265,6	0,0166	-3,76	(-6,29; -1,16)	Decrescente
Complexo do Alemão*	131,3	217,9	0,2494	25,19	(+10,84; +41,40)	Crescente
Inhoaíba	163,3	413,1	0,0215	5,07	(-0,60; +11,06)	Crescente
Padre Miguel	578,7	452,7	0,0117	-2,66	(-5,03; -0,23)	Decrescente

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Legenda: APC – variação percentual anual.

* Nos Complexos da Maré e do Alemão, o período de análise foi de 2006 a 2017, devido a inconsistência das informações nos anos de 2000 a 2005.

Figura 12. Evolução das taxas de mortalidade prematura nas RA (Botafogo e Pavuna) e nos bairros (Tijuca e Guaratiba), entre os anos de 2000 e 2017.



Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

Tabela 13. Resultados da regressão linear múltipla tendo como variável dependente a taxa de mortalidade prematura por área programática. Município do Rio de Janeiro, 2017.

Variável	Estimativa	Erro padrão	t	Valor de p
Intercepto	468,4	144,1	3,25	0,014
IDS	-430,2	179,9	-2,39	0,048
Percentual negros	15,8	3,8	4,67	0,002

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, TabNet Win – SESRJ e SIM.

6 DISCUSSÃO

Buscou-se nesse estudo analisar e traçar o perfil da mortalidade prematura no município do Rio de Janeiro, entre os anos 2000 e 2017, através do acompanhamento das taxas de mortalidade prematura na cidade, nas áreas de planejamento, nas regiões administrativas e nos bairros, e através da observação de sua relação com as variáveis IDS, raça/cor e percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

As transformações que afetaram o mundo moderno impulsionaram a transição epidemiológica no Brasil (BRASIL, 2005), que, sem uma adequada melhoria nas condições de vida e existência para toda a população, criou condições para permanência das DIP e enfermidades relacionadas a causas externas, gerando uma tripla carga de doenças (CAMPOS et al., 2015; BRASIL, 2010a).

Ao mesmo tempo em que se observa o aumento da expectativa de vida, as DCNT passam a preponderar como as principais causas de morte prematura. Conjuntura que exige grande esforço na organização do sistema de saúde e estabelecimento de prioridades assistenciais para as DCNT, sem relegar a importância do cuidado com as demais condições, especialmente em uma cidade tão desigual como o Rio de Janeiro.

A dinâmica demográfica observada na cidade do Rio de Janeiro elevou o percentual de participação da população na faixa compreendida entre 30 e 69 anos em relação à população total, considerando todas as idades. Em 2000, enquanto a população do município do Rio de Janeiro (MRJ) somava 5.857.904, a população de 30 a 69 anos contava com 2.691.412 habitantes, representando 45,9% do total. Em 2017, essa população passou a contabilizar 3.316.322 integrantes, alcançando 50,9% do total da população do MRJ, que totalizava 6.520.266 habitantes. A compreensão dessa dinâmica populacional é fundamental para uma análise mais consistente do comportamento das taxas de MP por DCNT ao longo do período e revela a necessidade do fortalecimento das ações de saúde para esse grupo etário.

A partir do ano 2000, a mortalidade proporcional por grupos de causas apresentou relativa estabilização, sendo mais expressiva a redução das mortes por causas externas a partir de 2008 (trânsito, violência, queda) — muito possivelmente afetada pelas reduções das mortes no trânsito devido à lei 11.705/2008, a Lei Seca, o que evidencia e ratifica a importância da elaboração de políticas intersetoriais. O panorama nacional se mostra muito similar ao cenário identificado no município do Rio de Janeiro.

Nesta análise, os quatro grupos de causas de mortalidade estudados — doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças infecciosas e parasitárias —

representam juntos aproximadamente 60,0% de todas as causas de mortalidade. É importante registrar que, no CID-10, existem 21 capítulos que se referem, cada um deles, a um grupo específico de causas, ou seja, todos os demais grupos respondem por 40,0% do total de óbitos na cidade do Rio de Janeiro.

Chama ainda particular atenção, o peso percentual das duas causas mais frequentes que compõem o grupo das DCNT, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, que no ano 2000, representavam 43,9% de todos os óbitos, passando a 45,5% em 2017, destacando-se as duas como as principais causas de morte na cidade.

Esses resultados são equivalentes aos observados nos estudos de Rasella et al. (2014) e Malta et al. (2017), e identificam a MP como uma séria preocupação para a saúde pública (ONYEKA et al., 2015) da cidade do Rio de Janeiro — assim como para o desenvolvimento econômico e social da região, pois, ao afetar a população em sua faixa economicamente ativa, reduz a força de trabalho, cria impactos negativos pela redução da capacidade laborativa e aumento dos custos relativos aos cuidados necessários em saúde.

O plano para o enfrentamento, prevenção em controle das DCNT foi efetivamente implementado no Brasil em 2011 (BRASIL, 2011a) visando à redução da MP após experiências anteriores de acompanhamento de indicadores focados nos fatores de risco, e, no MRJ, observou-se uma grande redução na taxa de mortalidade prematura.

A definição de um indicador específico para a MP (BRASIL, 2014) permitiu acompanhar e comparar, em âmbito nacional, o comportamento da MP nas UF e nas capitais, sendo observadas taxas mais elevadas no município do Rio de Janeiro, quando comparadas a outras capitais, apesar da redução identificada.

Considerando ambos os sexos, a taxa variou entre os anos de 2000 a 2017 de 460,5 para 380,7 para cada 100 mil habitantes. O valor máximo encontrado reduziu de 615,1 para 467,1 e o valor mínimo também apresentou importante redução de 375,6 para 239,9 para cada 100 mil habitantes.

A constatação de que as taxas de óbitos prematuros no MRJ apresentaram-se bastante superiores às observadas em outras capitais e à média nacional impõe grande desafio para o setor de saúde municipal, pois apesar do reconhecimento da importância de serviços baseados em uma atenção básica forte favorecerem o controle dos fatores de risco modificáveis das DNCT (ALVES, 2015), somente a organização do sistema de saúde de forma apartada das demais políticas não é suficiente para o provimento da garantia de melhoria na qualidade de vida dos povos (CONILL et al., 2018).

Entre as AP, no entanto, esse comportamento não se apresentou de forma homogênea. A AP 2.1, que já apresentava a menor taxa em 2000, apresentou a maior redução proporcional, partindo de 375,6 no ano 2000 e alcançando 239,9 em 2017, com uma redução de 36,1%. Resultado aproximado apresentou a AP 2.2 com queda de 32,1% no mesmo período. Do lado oposto estão as AP 5.2 e 5.3, com os piores desempenhos, onde pode ser observada elevação das taxas em 4,5% e 3,1%, respectivamente.

Tal discrepância nos resultados obtidos pode ser atribuída, ao menos em parte, aos diferentes padrões de moradia, ocupação, escolaridade e renda entre as AP mencionadas. As primeiras apresentam respectivamente os maiores IDS (0,722 e 0,688) da cidade, ao passo que nas últimas se encontram os menores (0,549 e 0,528), nesta ordem. Particularidade que parece evidenciar a existência de uma direta influência das condições socioeconômicos sobre a MP, corroborando com estudos de Astrain; Pria; Ramos (1998) e de Miqueleiz et al. (2016), e a menor influência da cobertura ESF nas taxas de MP, apesar de haver sido identificada a correlação entre a expansão da ESF com a redução da ICSAP (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014; PINTO JÚNIOR et al., 2018; SANTOS et al., 2018).

Foi possível, assim, observar a importância estratégica que precisa ser dispensada às DCNT para a melhoria da qualidade de vida da população e sustentabilidade dos sistemas de saúde e, nesse caso especial, para a redução da MP na cidade do Rio de Janeiro, no Brasil e no mundo, destacando-se o seu efeito mais grave sobre a população menos favorecida.

Não foi possível, no entanto, aprofundar em uma análise que comparasse o comportamento das taxas de mortalidade prematura com as de outros países. Apesar de se encontrar um alinhamento teórico e evidências quando a preponderância das DCNT enquanto principais problemas de saúde e causas de morte no mundo, especialmente países mais pobres, a variabilidade das faixas etárias e dos grupos de causas de morte definidas nos estudos, que em alguns casos incluíram também doenças crônicas transmissíveis, inviabilizaram uma análise comparativa que permitisse definir o grau de desenvolvimento das políticas públicas brasileiras no controle da MP em relação a outros países.

No presente estudo foi observado que, de 2000 a 2017, a população carioca sofreu uma mudança importante em sua distribuição, considerando a população na faixa etária dos 30 aos 69 anos, que pode ter influenciado no comportamento da mortalidade prematura no MRJ e nas AP.

Na cidade, a população dos 30 aos 69 anos representava 45,9% da população total no ano 2000, passando para 50,9% em 2017, enquanto nas AP se observam aumentos expressivos

de 68,5% na AP4,0; 40,8% na AP 5.2; e 47,3% na AP 5.3, além de padrões de crescimento bastante inferiores nas AP 3.2 (9,5%), 2.1 (8,8%) e 2.2 (8,3%).

Nas AP 4.0, 5.2, 5.3 o crescimento populacional pode ter sido impulsionado pela expansão imobiliária que ocorreu nas áreas, que, no entanto, apresentaram características distintas. Enquanto nas 5.2 e 5.3 houve grande projetos de expansão vinculados a programas de habitações de interesse social focalizados prioritariamente na melhoria de condições de habitação para população mais carentes, nas regiões da Barra, Jacarepaguá, Recreio dos Bandeirantes e outros bairros que compõem a AP 4.0, a expansão foi principalmente orientada pelo mercado imobiliário destinado à classe média.

No que tange à expansão imobiliária, na cidade do Rio de Janeiro foram contratadas inicialmente mais de 66 mil unidades habitacionais e tinha por meta alcançar 100 mil até final de 2016. Metade das unidades contratadas foram destinadas para famílias com salário de até R\$ 1.600, e 53,0% destas famílias estavam localizadas na Zona Oeste (LINKE et al., 2016).

Essa maior concentração populacional pode em parte explicar a elevação da taxa nas AP 5.2 e 5.3. Por outro lado, mesmo que tenha havido adensamento populacional na 4.0, esse, por ter se dado por uma parcela da população mais favorecida, não teria modificado a tendência que se observa nas áreas de melhores condições socioeconômicas.

A despeito de os padrões de crescimento da população não se apresentarem de forma hegemônica em toda a cidade, eles se identificam com a transição demográfica e epidemiológica na população brasileira descrita por Mendes (2012) e Souza et al. (2018), condição que elevou substantivamente a importância relativa das DCNT na carga total de óbitos na cidade do Rio de Janeiro.

Levando em consideração ambos os sexos e analisadas a partir do valor do percentual de crescimento anual (APC) encontrado, as tendências de crescimento ou decréscimo das taxas de mortalidade prematura também demonstraram resultados mais promissores nas AP 2.1 e 2.2, que apresentaram, nesta ordem, percentuais médios anuais de -5,71% e -5,37% no período analisado. Já as AP 5.2 e 5.3 apresentaram resultados menos favoráveis de +1,83% e +1,56%, respectivamente, em suas taxas de mortalidade.

Nesse ponto, é possível observar que o município do Rio de Janeiro, com valor da APC de -2,09%, apresentou cenário favorável ao cumprimento da meta estabelecida no plano nacional de ações para o enfrentamento das DCNT, que definiu como meta anual a redução de 2,00% nas taxas de MP. No nível das áreas de planejamento, no entanto, quatro AP — 3.1, 5.1, 5.2 e 5.3 — apresentaram cenários desfavoráveis ao cumprimento da meta. Nesse grupo, ainda

podemos destacar negativamente a AP 5.2, com tendência de aumento da sua taxa ao longo do período, enquanto as outras três apresentaram tendência de estacionariedade.

Esse comportamento desigual entre as AP — em que áreas que inicialmente já evidenciavam taxas mais baixas de MP apresentaram resultados superiores às áreas com taxas mais elevadas — aumentou ainda mais a diferença entre elas. Caso essa peculiaridade observada no comportamento das taxas de MP das AP não venha a ser modificada, as diferenças entre as AP não apenas se manterão, mas principalmente amplificarão o caráter já injusto de como a MP se expressa na cidade do Rio de Janeiro.

O desempenho mais ou menos promissor das AP na redução das taxas de MP parece ter sido menos influenciado pelo percentual de cobertura pelas equipes da ESF que pelo IDS de cada área, visto que as AP 5.2, com 83,0%, e a AP 5.3, com 98,0% de cobertura pela ESF, apresentaram em 2017 cobertura percentual muito superiores às das AP 2.1 (36,0%) e AP 2.2 (42,0%) em 2017, enquanto ocorre a relação inversa entre os valores de IDS nas áreas mencionadas.

Desta forma, para o seu efetivo enfrentamento é preciso compreender que a saúde é o resultado de uma intrincada relação entre os fatores de risco socioambientais, culturais e econômicos de uma população, não sendo possível ou suficiente apenas a organização do sistema de saúde de forma deslocada de todas as demais políticas que interferem na qualidade de vida dos povos (CONILL et al.,2018).

Não se pretende negar a influência positiva da APS, em especial da ESF, na melhoria da qualidade da atenção à saúde e, conseqüentemente, na melhoria da assistência e dos indicadores de saúde do território — importância aqui já expressa nos estudos de Souza et al. (2018) e Brasil (2008 e 2011a) —, mas reiterar o caráter multifatorial da produção da saúde.

Sem considerar as diferentes formas de produção de vida, os diferentes fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e definir para cada um deles medidas que promovam efetiva equidade na oferta e no acesso às políticas, seja no campo exclusivo da saúde, seja no das políticas socioeconômicas, não será possível avançar na qualidade de vida de maneira suficiente a impactar na redução da MP na cidade do Rio de Janeiro.

Na análise das RA também é possível observar os resultados mais favoráveis para a regiões mais ricas. A RA de Botafogo, a única entre as analisadas localizada na Zona Sul da cidade, destaca-se das demais com redução média anual de -6,11%. Já as RA da Pavuna e de Campo Grande, apresentam resultados que indicam tendência de estacionariedade das taxas, com valores positivos de APC iguais a +0,48% e +0,44%, respectivamente, resultados que

corroboram com a hipótese acerca da relação entre o IDS e a taxa de mortalidade prematura, que também foi demonstrada na regressão linear múltipla que demonstrou a relação entre as variáveis IDS e percentual de negros com a taxa de mortalidade prematura.

Os bairros são considerados as unidades mínimas nos processos de urbanização das cidades e, na maior parte dos casos, apresentam certo grau de uniformidade em suas características, o que permite observar mais minuciosamente a influência dos fatores socioeconômicos sobre a MP, com taxas variando entre a máxima observada na Penha (639,6) cerca de quatro vezes maior que a mínima apurada em Inhoaíba, (163,3) no ano 2000. Mesmo que em 2017 essa relação entre a máxima e a mínima tenha sido atenuada, ainda expressa grande diferença. Em 2017, a taxa máxima identificada em Bangu (447,6) era superior em 2,7 vezes à mínima verificada na Barra da Tijuca (179,3).

Aqui cabem algumas considerações importantes. Os complexos da Maré e do Alemão apresentaram dados inconsistentes até o ano 2005. Por esse motivo, as suas taxas iniciais começaram a ser computadas no ano 2006. Juntamente com esses bairros, Guaratiba, Cosmos e Inhoaíba apresentaram no ano 2000 as menores taxas de MP entre os 25 bairros analisados. Quadro que pode ser sugestivo de inconsistências no preenchimento das declarações de óbito, principalmente quanto ao bairro de moradia. Todos esses bairros apresentaram tendências bastante elevadas de crescimento das taxas de mortalidade prematura, com APC expressivas em Guaratiba (+13,59%), Cosmos (+5,17%) e Inhoaíba (+5,07%), e tiveram suas taxas elevadas para mais que o dobro da inicial, efeito que pode ter sido influenciado pela melhoria na qualidade da informação. No lado oposto, os bairros da Tijuca (-6,63%), Botafogo (-6,58%) e Copacabana (-6,08%) apresentaram os melhores resultados, reduzindo a quase a metade suas taxas de MP no período.

Os bairros mais pobres, mesmo onde se tenha observado expansão das equipes da ESF, não foram contemplados com melhorias significativas em outras áreas, como, saneamento básico, condições de habitação, distribuição regular de água e energia elétrica, coleta adequada de lixo, segurança, disponibilidade suficiente de vagas em escolas e creches etc. Todas essas condições menos favoráveis interligadas, em maior ou menor intensidade, podem desequilibrar a qualidade de vida para o lado negativo, reduzindo a capacidade de intercessão dos serviços de saúde, por melhor que este seja organizado e disponibilizado.

Muito além de se estabelecer relações entre pobreza, infraestrutura comunitária, experiências pessoais e situação de saúde, torna-se necessário estabelecer uma hierarquia entre os determinantes de natureza geral, política, econômica e social como mecanismos de produção

de iniquidades em saúde para se avançar com equidade na redução da mortalidade prematura da população carioca.

A análise das mortalidades prematuras segundo o sexo no município do Rio de Janeiro nos apresenta algumas características peculiares para cada um deles. Foi constatado que as maiores reduções nas taxas de mortalidade ocorreram entre a população masculina.

As taxas de mortalidade prematura masculinas no ano 2000 apresentavam-se consideravelmente maiores que as femininas em todas as AP, exceto na AP 2.2, onde a taxa feminina apresentava-se ligeiramente maior que a masculina. Esse mesmo padrão pôde ser observado em 2017, no entanto, como as APC das populações masculinas apresentaram-se substancialmente mais favoráveis à redução das taxas ao longo do período de análise que às das populações femininas, foi possível observar uma expressiva redução nas diferenças entre as taxas de mortalidade prematura entre os sexos no ano de 2017, no município de nas AP.

Poderia se conjecturar que as taxas masculinas, inicialmente mais elevadas que as femininas, seriam mais propensas à redução, a partir intervenção antrópica orientada para um melhor equilíbrio de todo o conjunto. No entanto, o argumento se mostra frágil quando se observa na AP 2.2 maior redução das taxas masculina, mesmo inicialmente menores que as femininas, levando, neste caso, à majoração da diferença das taxas de MP entre os sexos.

Uma possibilidade que não se pode descartar é que a atuação dos agentes comunitários em saúde (ACS) — conjugando as demandas da comunidade com os serviços de saúde, a maior proximidade das UBS às residências, assim como a ampliação de horário de atendimento, inclusive nos finais de semana implementado no MRJ — pode ter permitido maior facilidade e garantia de acesso e qualidade da atenção à população masculina, que usualmente utilizava menos os serviços de saúde, o que pode ter interferido positivamente nos indicadores de saúde.

A diferença na MP por grupos de causas de óbito, considerando ambos os sexos, também impõe necessária atenção. Observou-se maior participação percentual das neoplasias nas áreas com melhor IDS, representando quase a metade das causas de morte prematura nas AP 2.1 (49,8%) e AP 2.2 (47,2%) em 2017. Em contraposição, na AP 5.3, as doenças do aparelho circulatório representaram 63,3% de todos as mortes prematuras em 2017.

Uma possibilidade explicativa se refere à menor governabilidade terapêutica sobre os cânceres, muitos com diagnósticos difíceis em fase inicial ou de origem idiopática, que sofrem menos interferência do meio socioeconômico.

Por outro lado, a atuação sobre fatores de risco antecedentes de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares pode ser mais fortemente influenciada pelas condições de

vida da população. Na parcela mais rica, encontram-se melhores condições para o desenvolvimento do autocuidado, para a adoção de medidas centradas na promoção da saúde, na prevenção de doenças pelos usuários, que em geral dispõem de maior esclarecimento e autonomia sobre sua saúde. Impelindo a balança a pender para o lado das neoplasias, no caso da população mais rica, e das doenças do aparelho circulatório, entre os mais pobres.

Para resultados mais robustos, seria necessária a aplicação de outros modelos de regressão que conseguissem interpretar o impacto direto, indireto e em associação das diferentes variáveis, sobretudo as socioeconômicas, de cobertura pela ESF, de sexo e de raça/cor. No entanto, talvez seja possível inferir que a expansão das equipes da ESF precisa ser acompanhada pela de outras políticas sociais que permitam ampliar, de forma colaborativa, a qualidade de vida da população carioca e avançar significativamente na melhoria dos indicadores de saúde, entre eles na mortalidade prematura.

Em relação às limitações do estudo, foi possível comparar com os dados disponibilizados no Observatório Global de Saúde no cenário internacional, as diferentes taxas de mortalidade entre os países, mas devido às diversas realidades socioeconômicas e culturais que delimitam expectativas de vida entre os povos, foi observada variabilidade na faixa etária que define o conceito de MP nos estudos que contemplam esta análise. Sendo observados limites de 15 a 75 anos (RAHOD et al., 2016; BAKER, 2016) e poucos estudos que abordassem a mortalidade prematura conforme definida no plano de enfrentamento nacional (ALVES, 2014; MUSAVÓN-OBLITAS e DE LA CRUZ, 2016; PARANÁ, 2017), dificultando a melhor comparação e sinalizando necessidade de investimentos urgentes voltados para o conhecimento da temática.

Foi observado um pequeno percentual (0,5%) de óbitos sem identificação do bairro de moradia no banco de dados e um valor um pouco mais elevado (2,2%) de ausência de informação sobre raça/cor que, mesmo que tenham pouco influência no resultado geral, podem indicar inconsistências no registro.

Por fim, pode-se mencionar como uma última limitação o cálculo das taxas de mortalidade em bairros e regiões administrativas com pequena população, tendo em vista que a resolução CIT nº5/2013 prevê, em caso de população menor que 100 mil habitantes, que o cálculo do indicador seja dado pelo número absoluto de casos e não pela taxa. A fim de superar esta limitação, foram utilizados apenas as 15 maiores RA e os 25 maiores bairros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu realizar uma reflexão mais profunda acerca da mortalidade prematura (MP) no município do Rio de Janeiro (MRJ) a partir da descrição e análise de suas taxas ao longo dos anos e a correlação destas com as variáveis de interesse definidas nos objetivos.

Desta maneira, foi possível obter dados que, de forma mais consistentes, descrevem o comportamento das taxas de MP no MRJ ao longo dos anos nas 10 áreas de planejamento, relacionando-as com variáveis sexo, raça/cor e IDS, bem como o comportamento das taxas em 15 regiões administrativas e 25 bairros.

Foi possível observar que o Brasil e as UF, inclusive o ERJ, têm mostrado avanços importantes na redução da mortalidade, considerando ambos os sexos, na faixa etária dos 30 a 69 anos, porém com padrões diversificados por grupos de causas (ALVES, 2014), como também entre as UF. As mesmas características foram observadas quando a MP foi analisada no MRJ, com marcantes desigualdades observadas no nível das AP, das RA e principalmente dos bairros.

De forma semelhante ao resultado nacional e estadual, o município do Rio de Janeiro apresentou expressiva redução nas taxas de mortalidade prematura no período compreendido entre os anos 2000 e 2017, compatível com a meta estabelecida no plano nacional para enfrentamento das DCNT, não obstante a heterogeneidade constatada nas instâncias intramunicipais: as áreas de planejamento, regiões administrativas e bairros, onde se pôde observar desempenho mais favorável nas áreas com melhores desenvolvimento econômico e social, aspecto especialmente observado nas regiões administrativas e bairros. Ficando assinalado, de forma semelhante ao cenário nacional, grande desigualdade social e em saúde que interfere na morbidade e na mortalidade da população (SWARZWALD et al., 2015), chegando a alcançar no MRJ diferença de expectativa de vida saudável (EVS) de até 13 anos entre as áreas mais ricas e mais pobres da cidade.

Observou-se um maior impacto dos óbitos por neoplasia nas AP de melhores desenvolvimento econômico e social, enquanto nas demais prevaleceu a hegemonia das doenças do aparelho circulatório, que ficou ainda mais evidenciada na AP de menor IDS. É admissível atribuir essa distinção à maior expectativa de vida da população nas regiões mais ricas da cidade, pois as neoplasias apresentam relação direta com envelhecimento populacional.

Seria também aceitável a conclusão de que a efetividade da incorporação de medidas de autocuidado na redução das doenças cardiovasculares seja maior que na redução das neoplasias, sendo também mais bem internalizadas pela população de estratos socioeconômicos mais elevados. Diversos tipos de cânceres não são facilmente preveníveis ou mesmo detectados precocemente, o que aumenta significativamente a morbidade para este grupo de causas. Deste modo, a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares é atribuída à melhor receptividade deste grupo populacional a campanhas educativas e preventivas. Da mesma maneira, a maior oportunidade de adoção de hábitos saudáveis, medidas de autocuidado e de promoção da saúde, poderia favorecer que as mortes por neoplasias superassem às causadas por doenças cardiovasculares.

As taxas de mortalidade prematura masculina apresentaram-se consideravelmente maiores que as femininas na cidade e nas áreas de planejamento, nos anos definidos para o estudo. Esse padrão pode ser justificado historicamente pela menor procura dos serviços de saúde pelos homens, algo que os expõe a riscos aumentados em relação às mulheres. Por outro lado, foi constatado que as reduções proporcionais nas taxas de mortalidade prematura apresentaram-se diligentemente maiores na população masculina, reduzindo a diferença entre os sexos.

Sobre esse aspecto, poderia se argumentar que as maiores desconformidades em relação ao padrão esperado são mais sensíveis de ajuste, enquanto os valores mais próximos à normalidade apresentariam maiores dificuldades de melhoria. No entanto, é lícito conjecturar que a expansão da cobertura da ESF facilitou o acesso da população masculina aos serviços de saúde, que, mais próximos de sua residência, permitiu maior procura por cuidados, impactando mais significativamente na redução das taxas de mortalidade prematura, hipótese que merece ser investigada em outros estudos.

Foi observada uma relação inversa entre a taxa de mortalidade prematura e o IDS, enquanto o percentual de negros estabeleceu uma relação direta com a taxa de mortalidade prematura, e, apesar de não ter sido verificada significância estatística no presente estudo, não se pode colocar em dúvida a maior efetividade da ação da ESF na redução da MP, especialmente, pela intervenção por meio de ações educativas, preventivas e promotoras da saúde que são principalmente orientadas para os fatores de risco modificáveis das DCNT.

A viabilidade de implementação da ESF foi constatada pela sua grande expansão no cenário nacional (BRASIL, 2018a) e no município do Rio de Janeiro (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016), assim como, a sua efetividade foi demonstrada pelo impacto na redução das

internações hospitalares (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014; PINTO JÚNIOR et al., 2018; SANTOS et al., 2018).

A análise das mortes prematuras ocorridas no município do Rio de Janeiro permitiu identificar algumas similaridades com o observado em outros estudos no Brasil e em outros países, como: a relação inversa entre condições socioeconômicas e a taxa de mortalidade; a relativa estabilização da participação percentual dos principais grupos de causas na mortalidade prematura; e a redução expressiva, porém heterogênea, das taxas de mortalidade prematura ao longo do período. Como particularidades, podem ser destacadas a elevada taxa de mortalidade da cidade em relação às demais capitais e à média nacional; as maiores reduções nas taxas de mortalidade masculina; e a maior prevalência de neoplasias nas áreas de maior padrão socioeconômico.

O estudo ratificou a importância das DCNT e maior efetividade da atuação sobre os fatores de risco modificáveis, sinalizando possibilidades de intervenção que merecem ser fortalecidas caso se pretenda trilhar por um caminho para a justiça social no processo de produção da saúde que possa reduzir a mortalidade prematura.

O crescimento econômico experimentado nos últimos 30 anos permitiu, na gestão de um governo com ideologia socialista democrática — críticas à parte —, maior investimento em políticas públicas, políticas de distribuição de renda e empoderamento do papel cidadão na política. Esse período ficou marcado pela redução das desigualdades territoriais e o advento de um ufanismo de esquerda que propunha uma sociedade sem miséria, plural, solidária, democrática e justa socialmente.

Ao longo dos anos, o volume de riqueza gerado foi fundamental e os investimentos nas áreas sociais viabilizaram melhores condições de vida e permitiram a melhora de diversos indicadores no país, mas ainda persistia uma lacuna social em termos de oportunidades para a efetiva universalização do acesso em saúde.

A saúde coletiva brasileira tem acentuado que, para superar as desigualdades em saúde, se faz necessária a formulação de políticas equânimes, consideradas essenciais para a promoção da justiça social (BARROS; SOUZA, 2016). Políticas que visam a reduzir as diferenças injustas persistentes e que protejam os desiguais na medida de suas desigualdades.

Nesse sentido, conjectura-se que é na APS, sobretudo na ESF, que se desenvolvem tecnologias de cuidado capazes de enfrentar os desafios de colocar em práticas as políticas públicas de saúde (OLIVEIRA, 2013). As RAS, tendo a ESF como modelo organizativo da APS para coordenação do cuidado, constitui-se na melhor forma de superar a fragmentação dos

serviços do SUS e permite uma abordagem mais integrada ante os desafios demográficos, epidemiológicos, sociológicos e econômicos (MENDES, 2011).

A introdução do programa “Saúde Presente”, reafirmando um conceito ampliado de saúde, remodela as redes de saúde municipal segundo os pressupostos do SUS, a maior política de inclusão social do país. A expansão da cobertura pelas equipes da ESF no município do Rio de Janeiro foi responsável pela melhoria nos indicadores de internação hospitalar, além de indicadores específicos da APS, consolidando o seu papel central na organização do sistema de saúde do município.

Os resultados obtidos no presente estudo permitem identificar avanços importantes na saúde da população carioca a partir da análise da mortalidade prematura, mas também aponta para necessidade de intervenções mais amplas no setor e no campo da saúde que permitam reduzir as iniquidades sociais em saúde persistentes.

8 CONCLUSÕES

Apesar dos avanços observados, a MP segue em níveis elevados no MRJ e sua distribuição geográfica expressa seu comportamento desigual.

Aponta-se que as principais causas de morte prematura no MRJ são as neoplasias e as doenças cardiovasculares. As primeiras tendem a ser mais prevalentes nas áreas mais desenvolvidas, enquanto que as últimas predominam mais fortemente nas regiões mais empobrecidas.

As taxas de MP masculinas mostraram-se sistematicamente mais elevadas que as femininas no município e entre as AP, mas em contrapartida apresentaram maior redução proporcional ao longo dos anos do estudo, reduzindo a diferenças entre elas.

Quanto maior for o percentual da população negra no território, maior tende a ser a taxa de MP nas áreas observadas no município. Em contraposição, quanto maior o IDS, menor será a taxa de MP de um território, ratificando seu caráter iníquo.

O cuidado orientado aos fatores de risco modificáveis das DCNT exprimem as maiores possibilidades de ganhos nas taxas de MP, sendo este desenvolvido prioritariamente no âmbito da APS/ESF, integrada em RAS e permitindo o caminhar do usuário por todo o sistema de saúde para acessar a cuidados integrais.

A complexidade das ações necessárias para a redução da mortalidade prematura implica a adoção de políticas públicas em saúde, com investimentos adequados que estejam integradas a um conjunto de estratégias mais amplas, coordenadas e coerentes que contemplem fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos, comportamentais, políticos, étnicos/raciais que interferem na qualidade de vida e no processo de produção da saúde.

9 RECOMENDAÇÕES

O presente estudo fortaleceu a necessidade de se aprofundar na compreensão da mortalidade prematura, de forma a permitir adoção de estratégias mais ágeis, eficientes e efetivas para o seu enfrentamento.

Seja para a enriquecimento teórico ou para aplicação prática, a produção de conhecimento é uma das características fundamentais para o desenvolvimento das sociedades humanas. No campo da saúde coletiva, ela deve ser capaz de permitir a apropriação do saber descoberto ou sistematizado para benefício da coletividade.

Com o propósito de contribuir com a ampliação e sedimentação do conhecimento desenvolvido no presente trabalho acerca da MP, são referidas sugestões, seja para a definição de objetos para futuras investigações, seja no desenvolvimento de outras abordagens nos serviços. Sem qualquer presunção de apresentar soluções finais, fórmulas definitivas ou métodos simplistas para uma problemática tão complexa, o que se propõe nesse momento é um olhar cuidado em direção de comportamentos, práticas e posturas que se mostraram mais efetivas com base em evidências e experiências.

PROPOSTAS PARA FUTUROS ESTUDOS:

Avançar em conhecimentos acerca do efeito das desigualdades sociais sobre a saúde da população, em especial sobre a mortalidade prematura.

Identificar diferentes experiências em saúde coletiva e estabelecer seus efeitos sobre a mortalidade geral e a mortalidade prematura.

Compreender melhor as disparidades nas reduções proporcionais observadas entre as taxas de mortalidade prematura masculina e feminina, além da maior prevalência das neoplasias nas regiões de melhor IDS.

Identificar, na faixa etária dos 30 aos 69 anos, quais tipos de câncer acometem mais cada área de planejamento, e em qual faixa etária eles se concentram.

Compreender o impacto do financiamento público e das diferentes formas de organização dos sistemas de saúde, seja ela fragmentado, ou em rede organizada sobre ESF ou mesmo a APS tradicional, sobre a mortalidade prematura em diferentes cenários

RECOMENDAÇÕES PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Estruturar, no âmbito municipal, o cuidado às condições crônicas, priorizando a atenção aos fatores de risco das DCNT na APS/ESF, como proposto por Mendes (2018): estratificar, de acordo com o risco, a população total em subpopulações, mantendo o foco sobre os principais grupos de causas de mortalidade prematura — doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes — ; identificar os diferentes níveis de determinação social em saúde que cada grupo está submetido; e disponibilizar para cada um o tipo de intervenção necessária, seja promocional, preventiva e/ou clínica, reduzindo a desigualdade de acesso, garantindo o diagnóstico precoce e a intervenção adequada.

Reaver os marcos conceituais introduzidos no programa “Saúde Presente” e resgatar a importância da APS e a priorização da expansão da cobertura pela ESF, que já demonstrou ser eficiente na redução da taxa de mortalidade por DCNT (BRASIL, 2011a) e na redução dos custos do sistema (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014; PINTO JÚNIOR et al., 2018; SANTOS et al., 2018).

Por fim, cumpre-se necessária a continuidade do acompanhamento das taxas de mortalidade prematura ao longo dos anos, fornecendo elementos mais significativos para a sua compreensão e formulação de ações políticas concretas direcionadas a minimizar as iniquidades persistentes.

Fomentar estratégias que promovam maior integração intersetorial, que podem oferecer respostas mais expressivas às demandas da saúde coletiva com objetivo de reduzir a mortalidade prematura. Restando claro que a melhoria na organização do sistema de saúde é etapa inicial fundamental para a redução da mortalidade prematura, mas que, deslocada das demais políticas que interferem na qualidade de vida dos povos, apresenta capacidade limitada de auferir resultados significativos (CONILL et al., 2018).

REFERÊNCIAS

- ALONSO, E. D.; SEUC, A.; PÉREZ, F. S.; Carga por mortalidad prematura de algunas afecciones de la esfera reproductiva. Años 19909, 1995 y 2000. **Revista Cubana Endocrinología**, Cidade de Havana, v.14, n. 2, mai./ago. 2003.
- ALVES, C. G. **Análise de tendência da Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Unidades Federadas – Brasil 2000 a 2011**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2014.
- ALVES, C. G.; NETO, O. L. M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 641-654, mar. 2015.
- AMARAL, J. R. P. Princípios de Processo Civil na Constituição Federal. **Dat@Venia**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 85-108, jul./dez. 2010.
- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R.A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, jul./set. 2015.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1499-1509, 2016.
- ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out./dez. 2012.
- ASTRAÍN, M. E.; PRÍA, M. C.; RAMOS, N. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. **Revista Cubana de Salud Pública**, Cidade de Havana, v. 24, n. 1, p. 23-31, jan./jun. 1998.
- AZEVEDO, M. L. N. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social? **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 129-150, mar. 2013
- BAKER, R. et al. Population characteristics, mechanisms of primary care and premature mortality in England: a cross-sectional study. **BMJ Journals**, Reino Unido, v. 6, n. 2, fev. 2016.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 241p.
- BARBOSA et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**, Rio de Janeiro, 6. ed., 2003. 718p.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.
- BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS; **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doenças: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 90, n. 6, p. 403-412, jun. 2008.
- BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: Fonseca AF, Corbo AD, (org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 51-86
- BBC NEWS. **Brasil supera Grã-Bretanha e se torna 6ª maior economia**, diz entidade. BBC News Brasil, On line. São Paulo, dez. 2011. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/12/111226_grabretanhabrasil_ss>. Acesso em: 19 de junho de 2018.
- BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-16, 2016.
- BOURDIEU, P. **Escritos de educação**. 9 ed. Petrópolis: VOZES, 2007. 251 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final, In: **8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 17-21 de março de 1986.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, p. 1-32, out. 1988.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694-25695, dez. 1990a.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, DCNT, no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro - Situação e Desafios Atuais**. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 61, p. 71-76, mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde. Brasília, DF, abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município garantindo saúde para todos**. 2ª edição, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias - Guia de Bolso - 8a edição revista**. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/GM, de 30 de setembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88, dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 204, p. 48-55, out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2013-2015**, 2 ed. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Distribuição das Equipes da Saúde da Família - ESF**, 2018a. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/psf_cobertura>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos metodológicos do coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis** - Nota Informativa. Brasília, DF, 2018b.

CAMPOS, M. R. Diferenciais de morbimortalidade por causas externas: resultados do estudo Carga Global de Doenças no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-17, jan. 2015.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo. v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CONIL, E. M. Social Determinants, Conditions and Performance of Health Services in Latin American Countries, Portugal and Spain. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2171-2185, jul. 2018.

CORRÊA, C. S.; MYRRHA, L. J. D.; FIGOLI, M. G. B. **Projeção de pequenas áreas: Métodos AiBi e Logístico**, In: II Encontro Nacional de Pós-graduação em Demografia e Áreas Afins, Rio de Janeiro, 2011.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao Modelo biopsicosocial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, jan./ abr. 2006.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, s.1, p.126-134, dez. 2012.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

FAUSTO, Boris. **Votar por ódio leva a riscos muito grandes**. [Entrevista cedida ao] Estadão Conteúdo. São Paulo, em 26 de agosto de 2018. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2018/08/26/interna_politica,983591/votar-por-odio-leva-a-riscos-muito-grandes-diz-cientista-politico.shtml>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

FAVA, G.; SONINO, N. **The Biopsychosocial Model Thirty Years Later. Psychotherapy and psychosomatics**, Basel, v. 77, p. 1-2, 2008. Editorial.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. **Paz e Terra**, São Paulo, 25. ed., 2002.

FIGUEIREDO, P. P. et al. A saúde sob a perspectiva da cidadania. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 283-287, abr./jun. 2009.

FIGUEIREDO, J. O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2 (especial), p. 37-47, out. 2018.

FLEETCROFT, R. The mortality rate in England between 2007 and 2012 was not associated with the quality of primary care in an established pay for performance programme. **BMJ Journals**, Reino Unido, v. 20, n. 4, p. 149, 2015.

GARCIA, J. A. B. Apontamentos sobre a controvertida centralidade da família no trabalho social. **SER Social**, Brasília, DF, v.20. n. 42, p. 30-54, jan./jun. 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

GOMES, A. B. P. **A extrema-direita e os “perdedores da globalização”**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **Twenty years of health system reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde**. Washington: The World Bank, 2013. 131 p.

HULLEN, A. C. N. Cidadania e direitos sociais no Brasil - um longo percurso para o acesso aos direitos fundamentais. **Revista da Secretaria do Tribunal Permanente de Revisão**. Asunción, ano 6, n. 11, abr. 2018. pp. 213-227.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, Rio de Janeiro, n. 25, 2009.

IBGE. Agência IBGE de Notícias. **Tabela 2010-2060 - Projeção da População** (revisão 2018). Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2188>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2019.

KONTOPANTELIS, E. et al. Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. **The BMJ**, Reino Unido, v. 350, h. 904, mar. 2015.

LINKE, C. **Inserção urbana de habitação de interesse social: Um olhar sobre a mobilidade cotidiana e uso do solo**. IPEA, Rio de Janeiro, 2176-Texto para discussão, p. 1-58, fev. 2016.

LOTUFO, P. A. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 70, n. 5, p. 321-325, mai. 1998.

LOTUFO, P. A. Um desafio para 2025: reduzir a mortalidade precoce por doenças crônicas em todo o mundo. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 51-52, 2015. Editorial.

MACEDO, C. S. Cidadania à luz da concepção de Hannah Arendt. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 19, n. 3921, mar. 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/27206>>. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

MACHADO, E. H., SPAREMBERGER, R. F. L. Princípio da Igualdade: Evolução na Filosofia Jurídica e nas Constituições Brasileiras; **Revista Aminus Curiae.**, v. 11, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/amicus/article/view/1713/1596>>. Acesso em: 16 de agosto de 2018.

MACIEL, A.C.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38 n. Especial, p. 319-330, out. 2014.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n.3, p. 47-65, set. 2006.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

- MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, s.1, jun. 2017.
- MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 786-796, abr. 2010.
- MARTINS JÚNIOR, T.; ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. A estratégia saúde da família e a superação da medicina familiar. **SANARE**, Sobral, ano IV, n. 1. jan./mar. 2003.
- MELLO, E. F. F.; TEIXEIRA, A. C. **A interação social descrita por Vygotsky e a sua possível ligação com a aprendizagem colaborativa através das tecnologias de rede.** ANPED/SUL, Caxias do Sul, 9, 2012 Anais.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília, DF, OPAS, OMS, 2011.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF, OPAS, 2012.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MENDES, E.V. **O SUS é a maior política de inclusão social da saúde.** [Entrevista cedida ao] Estadão. São Paulo, em 18 de julho de 2014. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sus-e-a-maior-politica-de-inclusao-social-na-saude,1530727>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun. 2018. Editorial.
- MINASI, L.; CURADO, M. Tendência de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 13, n. 3, p.272-284, set./dez. 2016.
- MIQUELEIZ, E. et al. Desigualdades en mortalidad prematura según indicadores de bienestar material en navarra: estudio poblacional de seguimiento 2001-2008. **Anales del Sistema Sanitário de Navarra**, Navarra. v. 39, n.1, p. 59-68, jan./abr. 2016.
- MIRANDA, M.G. A organização escolar em ciclos e a questão da igualdade substantiva. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 40, p. 24-34, jan./abr. 2009.
- MUSAYÓN-OBLITAS, F. Y.; DE LA CRUZ, R. M. Muerte prematura por consumo de alcohol: estudio en base a datos de mortalidad del Perú. **Revista Enfermería Herediana**, Lima, v. 9, n. 2, p. 79-89, 2016.
- NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-60, 2004.
- OLIVEIRA, N. L. **Práticas educativas e Integralidade no Saúde da Família: Um estudo etnográfico.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

OLIVEIRA, C. R.; OLIVEIRA, R. C. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 5-29, jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, M. L.; SANTOS, L. M. P.; SILVA, E. N. Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 5, p.585-595, set./out. 2014.

ONYEKA, I.N. et al. Potential Years of Life Lost Due to Premature Mortality Among Treatment-Seeking Illicit Drug Users in Finland. **Journal of Community Health**, Holanda, v. 40, n. 6, p. 1099-1106, dez. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Caderno Temático de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Paraná**. Curitiba, 2017.

PEREIRA, M. H. B. et al. Estratégia saúde da família no município de Rio de Janeiro: Avaliação da cobertura e internações por condições cardiovasculares. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 605-611, jul./set. 2018.

PERUZZO, C. M. K. Comunicação comunitária e educação para a cidadania. **Comunicação & Informação**, Goiânia, v. 2, n. 2, p. 205-228, jul. 1999

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-11, 2018.

PINZANI, A. Teoria Crítica e Justiça Social. **CIVITAS**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 88-106, jan./abr. 2012.

PIOLA, S. F. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: CEPAL, 2009. 86p.

PORTELA, M. Pagamento por desempenho na atenção primária no Reino Unido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jun. 2009. Editorial.

PRAIS, S.J.; WINSTEN, C.B. **Trend estimators and serial correlation**. Chicago: Cowles Commission; 1954. (CCDP statistics; no.383).

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 1992.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **The BMJ**, Londres, v. 348, h. 904, 2014.

RATHOD S.D. et al. Premature adult mortality in urban Zambia: a repeated population-based cross-sectional study. **The BMJ**, Londres, v. 6, n. 3, 2016.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. 1. ed. 2. tiragem. São Paulo: Martins Fortes, abr. 2000.

REIS, V. **Parecer Abrasco para a Consulta Pública sobre a PNAB**, Rio de Janeiro, ABRASCO, ago. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/>>. Acesso em: 21 de junho de 2018.

CAVALLIERE, F.; LOPES, G. P. Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. **Coleções Estudos Cariocas**. Rio de Janeiro, n. 20080401, abr. 2008. ISSN 1984-7203.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4266533>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4266533>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2019.

RIO DE JANEIRO. **Deliberação CIB-RJ nº 5.480, de 06 de junho de 2019**. Pactua estimativas populacionais por sexo e faixa etária, para os municípios do estado do Rio de Janeiro, unicamente com finalidade estatística. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?pop/poprj.def>>. Acesso em: 24 de julho de 2019.

RIZZOTTO, M. L. F.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL. **Comunicação Saúde Educação** v.15, n.38, p.793-803, jul./set. 2011.

RODRÍGUEZ-ABREGO, G. et al. Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Revista del Salud Pública de México**, Morelos, v. 49, n. 2, p.132-143, mar./abr. 2007.

SÁNCHEZ, H.; ALBALA, C.; LERA, L. Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago ¿Hemos ganado con equidad? **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 133, n. 5, p. 575-582, mai. 2005.

SANTANA, V. S. et al. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2643-2652, nov. 2007.

SANTOS, J. A. F. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 26, n. 75, p. 27-53, fev. 2011.

SANTOS, L. P. R. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 178-183, 2018.

SCHRAMM J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCLIAR, M. J. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCLIAR, M. J. Da Bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 168 p.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, mai. 2013.

SHIELDS, M. S. et al. Trends in premature mortality in the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014. **The Lancet**, Nova Iorque, v. 389, n. 10073, p. 1043-1054, mar. 2017.

SIQUEIRA, A. S. E. et al. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 109, n. 1, p. 39-46, jul.2017.

SORANZ, D.R.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 641-654, mar. 2015.

SOUZA, M. F. M. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23. n. 6, p. 1737-1750, 2018.

SOUZA, D. K.; PEIXOTO, S. V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n.2, p. 285-294, abr./jun. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEDILE, N. L. R. et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2957-2971, 2015.

STRINGHINI, S. et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. **The Lancet**, Londres, v. 389, n. 10075, p. 1229-1237, mar. 2017.

SZWARCWALD, C. L. et al. Health inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: lower healthy life expectancy in socioeconomically disadvantaged areas. **American Journal of Public Health**. Washington, v. 101, n. 3, p.517-523, 2011.

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades na esperança de vida saudável por Unidades da Federação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51(Supl. 1):7s, p. 1-11, 2017.

TASCA, R.(coord.) **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília, DF, OPAS, OMS, 2011.

THE LANCET. **Harnessing primary care to reduce avoidable mortality**. v. 388, n. 10040, p. 104, jul. 2016. Editorial.

VOVELLE, M. A Revolução Francesa e seu eco. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 25-45, mai./ago.1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constituição da OMS**, In: Conferência Internacional de Saúde. Nova Iorque, EUA, 19-22 de julho de 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração de Alma-Ata**, In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resolution WHA 53.17. Prevention and control of non communicable diseases.** In: FIFTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY 2000, Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications. WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf>. Acesso em: 04 de março de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Population Perspectives 2019**, Highlights. New York, WHO, 2019a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Expenditure Database.** WHO, 2019b. Disponível em: <<https://apps.who.int/nha/database>>. Acesso em: 15 de agosto de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory, Explore a world of health data – Noncommunicable diseases. WHO, 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases/GHO/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 04 de março de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases and mental health - Target 1: Reduce mortality from NCDs. WHO, 2020b. Disponível em: <<https://www.who.int/nmh/ncd-tools/target1/en/>>. Acesso em: 04 de março de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory (GHO) data - Information on estimation methods. WHO, 2020c. Disponível em: <<https://www.who.int/gho/ncd/methods/en/>>. Acesso em: 04 de março de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory data repositior, Total NCD Mortality Data by country - Age-standardized NCD mortality rate (per 100 000 population). WHO, 2020d. Disponível em: <<https://apps.who.int/gho/data/view.main.2490>>. Acesso em: 04 de março de 2020.

ZARIDZE, D. et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case–control study of 48 557 adult deaths. **The Lancet.** v. 373, n. 9682, p. 2201-2214, jun. 2017.